CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPÉRIEURES EN GESTION

INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE (ISMS)

DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES EN ECONOMIE DE LA SANTE

14èmePromotion

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Thème: Evaluation de la mise en œuvre de la Gratuité de la césarienne au Bénin de 2009-2012: la politique a-t-elle réduit l'inéquité du système de santé ?

Présenté par:

ADJOVI Prince Comlan Eugène

Sous la direction de

Professeur Hervé LAFARGE

Novembre 2012

Sommaire

Résumé ii
Dédicaces iv
Remerciements v
Acronymes vii
Liste des tableaux viii
Liste des figures x
I. Contexte général du pays 2
II. Présentation de la politique de la gratuité de la césarienne en République du Bénin 6
III. Problématique et objectifs de l'étude 14
IV. Revue de la littérature 18
V. Cadre de l'étude 20
VI. Méthodologie 26
VII. Résultats 31
VIII. Discussion 51
Recommandations 58
Bibliographie 60
Annexes 62
Procédure de calcul de l'IPH 64
Table des matières 77

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Résumé

Face au refus des ménages de recourir aux soins pour des raisons financières, les séquestrations et les évasions des femmes dans les formations sanitaires après les soins, et au regard des indicateurs alarmants des mortalités maternelle et infanto-juvénile, le gouvernement béninois a initié une série de politiques de gratuité de soins dont la gratuité de la césarienne en 2009.

Alors nous avons choisi d'évaluer la question de l'équité au regard de la mise en œuvre de cette politique de la gratuité de la césarienne au Bénin, trois ans après. Accessoirement, nous avons vérifié si l'obstacle financier est levé au profit des ménages et en l'occurrence les plus pauvres.

Pour y parvenir, nous avons procédé à une analyse empirique et un jugement de valeur couplée d'un calcul de coût de la césarienne pour le ménage au CNHU-HKM et à l'HOMEL.

De notre étude, il ressort que la césarienne coûte aujourd'hui pour le ménage un montant moyen proche de 150 000FCFA dans ces deux hôpitaux malgré la gratuité de la césarienne. Bien qu'appréciant la mesure, les ménages sont contraints de faire face encore à un poids financier important qui pourrait dégrader énormément leur pouvoir d'achat : la barrière financière ne semble donc pas être levée.

De plus, la distribution des effets et impact ne semble pas avantager de la même façon toutes les couches de la population béninoise. Cela laisse transparaître que la mise en œuvre de la politique de la gratuité de la césarienne n'a pas amélioré l'équité du système de santé béninois.

En somme, un effort louable est fait pour réduire la charge financière liée à la césarienne pour les ménages. Mais cet obstacle n'est pas supprimé. Les résultats obtenus jusque-là ne sont pas équitablement répartis pour tous les béninois. Cependant, nous espérons qu'avec l'avènement du Régime d'Assurance Maladies Universelle la barrière financière sera complètement levée et que des efforts supplémentaires seront faits pour permettre à tous les citoyens de bénéficier équitablement de cette politique de gratuité de la césarienne.

Mots clé: Evaluation, équité, gratuité de la césarienne, République du Bénin

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Summary

Face refusal of households seeking care for financial reasons, kidnappings and escapes of women in health centers aftercare and in view of alarming indicators of maternal and child mortality, Benin government has initiated several policies of free health care including exemption of cesarean fees in 2009.

Then we chose to assess the issue of equity in relation to the implementation of the policy of cesarean fees exemption in Benin, three years later. Incidentally, we checked whether the financial barrier is raised households especially for poorest. TO achieve this goal, we conducted an empirical analysis and a value judgment coupled with a calculation of cesarean cost section for households in CNHU-HKM and HOMEL. From our study, it appears that cesarean costs today for households an average close to 150 000FCFA in these two hospitals despite the exemption of cesarean fees. While appreciating the extent, households are forced to face again a significant financial burden that could degrade hugely their purchasing power: financial barriers do not seem to be removed. In addition, the dispersion of effects and impact does not appear to benefit in the same way all the layers of Benin population. It shows through that the implementation of the exemption of cesarean fees did not improve equity in Benin health system.

In short, a praiseworthy effort's been made to reduce the financial burden for households to get caesarean. But this obstacle is not removed.

The results obtained so far are not equitably distributed to all. However, we hope that with the advent of Universal Health Insurance Plan, financial barriers will be completely removed and that additional efforts will be made to ensure that all citizens benefit equally from this policy of caesarean fees exemption.

Keywords: assessment, fairness, free caesarean sections, Republic of Benin

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Dédicaces

A Dieu le Père Tout Puissant, pour ta grâce, ta providence et ton bouclier que tu n'as cessé de déployer sur ma modeste personne, sans lesquels rien de ceci ne serait possible. Gloire à toi !

A mon feu Père Sossa Allah ADJOVI, pour tes multiples efforts de voir tes enfants réussir, dans ta demeure Céleste, reçois ce travail comme un fruit de tes rêves. Je regrette que tu n'aies jamais jouir du fruit de mon travail. Vieux tu me manques !

A ma chère maman Lucie TCHIBOZO, Diah ! par ce travail daignes retrouver une phase d'accomplissement de tes rêves. Tu es pour nous une parfaite source d'inspiration et tes sacrifices seront couronnés de succès pour tous tes fils. Merci à toi, mère protectrice.

A ma très tendre et chère épouse Rolande QUENUM, tout un début de vie conjugale sacrifié au profit de mes études mais tu as toujours été mon plus grand soutien. Ce travail est le tien. Je t'aime Happy !!!

A nos chers enfants Dêwêlin Maëva Prunelle ADJOVI et Wanilo Lucius Lucky ADJOVI, pour tous ces moments d'absence dans vos tendres enfances, veuillez trouver vos inspirations et fierté dans ce travail car vous m'avez déjà inspiré moi. Soyez de bons tresseurs de cordes. Papa vous aime.

A Alice Virginie ADJOVI, Sidonie ADJOVI, Catherine ADJOVI, Lucrèce ADJOVI, Isabelle Bernadette ADJOVI, Bertrand Codjo ADJOVI et Vincent ADJOVI, Janvier Remy HOUNDJE ; chers sœurs et frères, ce travail est pour vous, c'est le fruit de vos efforts d'assistance fraternelle et de vos prières inlassables.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Remerciements

Mes remerciements vont au prime abord à Dieu le Père Tout Puissant sans qui rien n'est possible. Merci pour ta miséricorde et ta providence.

A ma chère patrie le Bénin pour m'avoir fait candidat à cette formation par la qualité des enseignements reçus dans les différentes écoles nationales.

Au Professeur SAMBA Thiam, Agrégé de Droit Privé à l'Université Cheick Anta Diop de Dakar et sa femme, pour ses soutiens constants tout le long de cette formation. Cher ami, vos mots d'encouragements ont été la flamme qui a éclairé mon chemin et mon choix. Encore une fois merci.

A madame GUEZO-MEVO Solange pour son assistance financière spontanée. Geste qui m'a permis de confirmer ma participation à ce cours. Merci maman.

A madame Laure Xavière Ayoko DOSSEH, ton soutien financier sans condition et tes prières ont été pour moi le témoignage de notre fraternité. Merci et que Dieu te rende au multiple.

A monsieur TCHIBOZO B .M. Hugues, Économiste de la Santé au MS pour ses conseils quant à mon engagement dans ce métier. Fofo merci à toi.

A monsieur AGASSOUNON Séraphin, merci pour tous tes gestes et soutiens depuis la recherche de financement jusqu'à la fin de cette formation. C'est la marque de notre amitié d'enfance. Merci à toi.

A mon frère Janvier Rémy HOUNDJE, je ne saurais finir de t'être reconnaissant. Tes gestes dépassent le champ de la fraternité à mon égard. Qui donne aux autres, prête à Dieu. Puisse le Seigneur te témoigner de sa grâce et sa providence.

A mes frères Frédéric AGBANGLA et Bertin TCHIBOZO, je vous remercie pour tout ce que vous avez fait en soutien à mon choix professionnel.

A monsieur Désiré ALLADAGNIWEKE, sur tout notre chemin d'amitié, tu m'as toujours épaté par tes multiples conseils professionnels et sociaux.

A mon Directeur de mémoire, Professeur agrégé Hervé LAFARGE. Malgré vos multiples occupations et la charge de vos responsabilités, vous avez accepté de diriger ce mémoire qui vous impose parfois des moments de travail même dans vos temps de repos je vous témoigne par ici mes gratitudes. Votre disponibilité, votre rigueur au travail, vos qualités scientifiques et votre humilité suscitent en moi une admiration sans pareille. Veuillez trouver à travers ce travail ma haute déférence et ma profonde gratitude.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

A monsieur Bertrand Sogbossi BOCCO Professeur Agrégé à l'Université d'Abomey-Calavi et Professeur Associé au CESAG, pour ses conseils et sa touche à ce document lors de sa mission au Centre. Votre sens de partage et d'humour dans la rigueur scientifique font de vous un exemple. Trouvez-y l'expression de mes profondes gratitudes.

A monsieur Pascal DOSSOU-TOGBE, Directeur de l'ANGC qui depuis les premiers contacts est toujours resté disponible de près ou de loin par son humilité exemplaire. Votre accompagnement et le souci du respect des procédures d'écoles m'ont convaincu de l'importance de mon choix. Merci à vous Directeur.

Au professeur de SOUZA José, Chef service qui n'a ménagé aucun effort quant à mon admission dans la CUGO pour les recherches dans le cadre de ce mémoire.

Au Professeur Issifou TAKPARA, Chef service adjoint de la CUGO, pour sa disponibilité et ses conseils sur l'orientation des questions de recherche en santé dans le monde contemporain. Je vous en suis reconnaissant.

Au Professeur Didier Gounou KOMOGUI, Chef service Mère à l'HOMEL. Votre sens de solidarité et humilité que vous avez manifestées à mon égard dès les premiers jours et votre attachement à l'intérêt de mon travail suscitent en moi une très haute et forte considération. Professeur, je vous en sais gré.

A Madame Flavienne AÏNA, Chef DGMS/HOMEL, Madame Gloria Modoukpê Gloria SFE et particulièrement Madame Doris GBAGUIDI, Sage-Femme d'Etat pour son implication personnelle dans la rencontre des femmes césarisées à l'HOMEL. De même à tout le personnel du l'Hôpital.

A tout le personnel de l'ANGC et plus particulièrement M. Mesmin COCOU, pour ta sympathie et ta disponibilité. Merci pour la documentation que tu nous as fournie dans la réalisation de ce mémoire.

A tout le personnel de la CUGO et spécialement Madame IBRAHIMA pour tout son soutien pendant mon stage au sein de la clinique.

A Meschac Gladys ATTINWASSONOU, Eriola Fulberte CHABI, pour votre sens de fraternité et de solidarité.

A tous mes camarades de promotion et en particulier aux membres du Groupe, puis aux membres de l'administration de l'ISMS. A vous tous, merci.

CESAG-BIBLIOTHEQUE

Acronymes

ANGC : Agence Nationale de Gestion de la gratuité de la césarienne

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CNHU : Centre National Hospitalier Universitaire

CPN : Consultation Prénatale

CS : Centre de Santé

CUGO: Clinique Universitaire Gynéco-Obstétrique

DGMS: Division de Gestion des Malades et des Statistiques

DRFM : Direction des Ressources Financières et Matérielles

EMICoV : Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des ménages

FS: Formation Sanitaire

HOMEL : Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune

HZ : Hôpital de Zone

MS : Ministère de la Santé

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PF: Planning Familial

QALYs: Quality Adjusted Life Years

RAMU : Régime d'assurance Maladies Universelle

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Liste des tableaux

Tableau I: Système national de santé au Bénin en 2010…….....5

Tableau II: Cadre logique de la politique de la gratuité de la césarienne..…….....9

Tableau III: Agrégat des stratégies et activités…….....10

Tableau VI: Moyenne des âges des femmes ..……34

Tableau V: Proportion de femmes ayant déjà bénéfice de la gratuite …..…….....37

Tableau VI : Coût moyen des médicaments …….…….....38

Tableau VII : Coût moyen de facturation dans les hôpitaux …..……..38

Tableau VIII : Coût moyen du transport en cas de référence …..……38

Tableau IX: Coût moyen de déplacements et de repas pendant le séjour….....39

Tableau X: Coût moyen des examens de laboratoire ..…..……..…....39

Tableau XI: Autres dépenses..…….....39

Tableau XII: Séjour moyen des femmes…...……...40

Tableau XII: Récapitulatif des éléments de coût résiduel …...……..……....40

Tableau XIV: Séjour moyen des accompagnants..…….…..41

Tableau XV: Séjour moyen des conjoints……41

Tableau XVI: Recours au revenu du ménage..……42

Tableau XVII : Contribution des relations……..……..……..42

Tableau XVIII: Recours au prêt.....…..……..…….....43

Tableau XIX: Recours à la cession de biens...…….43

Tableau XX: Récapitulatif des sources de financements des ménages...…….....43

Tableau XXI: Indices de pauvreté non monétaire par département...……44

Tableau XXII: Classement des départements en zones économiques.....……45

Tableau XXIII: Répartition des infrastructures sanitaires par Zone Sanitaire en 2010…….46

Tableau XXIV: Proportion de femmes qui savent que la césarienne est gratuite …..47

Tableau XXV: Proportion de femmes informées CNHU.....47

CESAG - BIBLOTHEQUE

Tableau XXVI: Proportion de femmes informées à l'HOMEL….....47

Tableau XXVII: Evolution de la mortalité maternelle au Bénin de 2009 à 2011 et répartie par département …..…….……50

Tableau XXVIII: Taux de mortalité néonatale précoce pour 1000 naissances vivantes au Bénin de 2009 à 2011 ...……...……..51

Tableau XXIX: Composition du kit de césarienne …….....64

Tableau XXX. Coûts estimatifs des actes d'accouchement ……..……..65

Tableau XXXI: Définition des variables ……..……66

Tableau XXXII: Evolution du décès maternel de 2009 à 22011…….……...75

Tableau XXXIII: Evolution du décès néonatal de 2009 à 22011 ...……75

Tableau XXXIV: Evolution du taux de césarienne de 2009 à 22011…….……..76

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Liste des figures

Figure 1: Carte administrative du Bénin ……..……4

Figure n°2: Classe d'âges des femmes césarisées ……..…..34

Figuren°3: La répartition des niveaux d'instruction …..……..……35

Figure n°4: Répartition des niveaux d'instruction au CNHU-HKM ……..35

Figure n°5: Répartition des niveaux d'instruction à l'HOMEL ……..36

Figure n°6: Répartition des Classes économiques ……..……..36

Figure n°7: Proportion de femmes ayant déjà fait la césarienne ……..……37

Figure n°8: Bénéficiaires de la gratuité ……..……..37

Figure 9: Les évasions à la CUGO ……..……..45

Figure 10: Evolution des taux de césariennes par zone économique de 2009 à 2011 ……..……46

Figure 11: Sources d'information sur la gratuité ……..……47

Figure 12:Niveau de vulgarisation de la politique ……..……47

Figure 13 : Suggestion de plus communications sur la politique ……..……..48

Figure 14: Proposition de canaux de sensibilisation ……..48

Figure 15: Evolution de la mortalité maternelle de 2009 à 2011 par département….49

Figure 16: Evolution de la mortalité néonatale précoce de 2009 à 2011 par département ……..……50

CESAG BIBLIOTHEQUE

Introduction

Les facteurs qui concourent au développement d'une nation sont de plusieurs ordres. Au nombre de ceux-ci, la santé peut être citée en bonne position. Cela est bien une évidence que tous les pays du monde s'accordent à reconnaître. Cette réalité s'est traduite par la place combien importante réservée à la santé dans la définition des OMD où les objectifs directs de santé sont au nombre de trois (3) sur les huit (8) par lesquels, les Nations du monde se proposent de réduire la pauvreté à défaut de l'éradiquer d'ici 2015. Ainsi depuis l'an 2000, de nombreux pays se battent mettant ainsi divers programmes en place dont les politiques de gratuité sous plusieurs formes. Cependant les résultats peinent à se faire sentir. Et pire, les cibles semblent ne pas bénéficier vraiment des activités prévues et des impacts obtenus. C'est le cas de la République du Bénin où sur une amélioration très timide de la santé globale des béninois, la santé de ceux qui font partie des groupes socio-économiques les plus élevés s'améliore à un rythme plus rapide, aggravant ainsi l'écart de la santé entre les différentes catégories socio-économiques.

La distribution inégale des résultats de santé et les différentes dimensions de précarité sociale qui les déterminent ne sont ni naturelles ni inévitables. Les variations des taux de mortalité et de morbidité par rapport aux différentes situations liées à la santé à travers le pays peuvent être attribuées à des différences au niveau des choix politiques effectués. C'est cela qui rend inévitables les écarts énormes en matière de santé, et par là même inéquitables et injustes. Cet état de chose mérite d'être évalué et bien documenté afin de favoriser une amélioration des stratégies de mise en œuvre des politiques. Une telle amélioration aura l'avantage de permettre à toutes les couches socio-économiques de jouir pleinement et dans des proportions relativement justes des résultats, effets et impacts de ces politiques. C'est pour répondre à cet impératif que nous avons choisi de baser notre étude sur «l'évaluation de l'équité dans la mise en œuvre de la politique de la gratuité de la césarienne en République du Bénin, trois ans après». Quoique « l'équité n'est certes pas un concept majeur de l'économie, mais il est inévitable dans l'analyse des échanges, de la répartition des richesses ou de l'intervention de l'Etat et évidemment dans l'étude des systèmes sociaux »[1].

Or, comme le rappellent Gravelle et al. en 2006, l'analyse économique de l'équité en santé s'appuie à la fois sur l'analyse empirique et sur des jugements de valeur. Ainsi, le présent travail, après avoir décrit la politique de la gratuité de la césarienne, va chercher à estimer ce que coûte aujourd'hui la césarienne pour un ménage béninois et déterminer dans quelle mesure les résultats escomptés sont atteints.

[1] Lise ROCHAIX et Sandy TUBEUF dans *Mesures de l'équité en santé. Fondements éthiques et implications*, Presses de Sciences Po / Revue économique, 2009/2 - Volume 60

I. Contexte général du pays

I.1. Situation géographique

Située en Afrique occidentale dans le Golfe de Guinée, la République du Bénin, ex Dahomey, est limitée au Nord par le Niger, au Nord-Ouest par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigéria et au Sud par l'Océan Atlantique. Elle s'étend sur une superficie de 114 763 Km^2. On y distingue :

- Trois zones climatiques qui sont:

∗ au Sud, le climat est de type humide avec deux saisons de pluies et deux saisons sèches. La température y est élevée et varie entre 24° et 32° C. Les précipitations varient de 900 à 1480mm/an avec une moyenne de 1200mm/an.

∗ au Centre, le climat est de type guinéo-soudanien semi humide avec accentuation de la pluviométrie moyenne(1000 à 1200mm/an)

∗ au Nord, le climat est de type tropical semi aride avec un pluviométrie qui varie de 900mm à 1300mm/an

- Deux types de végétations influencées fondamentalement par les caractéristiques climatiques, les aptitudes pédologiques et l'emprise de l'homme

∗ au Nord et au Centre, on trouve la savane avec des forêts galeries qui font de plus en plus place à une savane arbustive.

∗ au Sud, on rencontre la forêt dense qui est menacée du fait du déboisement.

I.2. Situation démographique

Selon les enquêtes démographiques et les projections de l'INSAE, la population béninoise a évolué de 1961 à 2011 de 2 082 511habitants à 9 067 076 habitants avec une densité moyenne de 79 habitants par km^2. En 2011, cette population est essentiellement jeune, majoritairement rurale, soit 56% de la population nationale, et se compose de 4 446 877 individus de sexe masculin soit 49% contre 4 620 199 individus de sexe féminin soit 51%.

L'espérance de vie à la naissance en 2011 est de 61,7ans, l'indice synthétique de fécondité est de 5,6, le taux brut de natalité est de 40,9 pour 1000, taux de mortalité infantile 59,5 pour 1000[2].

[2] INSAE, projections 2011.

CESAG BIBLIOTHEQUE

Figure 1: Carte administrative du Bénin

Source : INSAE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

I.3. Présentation du système de santé

Le système de santé a une structure pyramidale calquée sur le découpage territorial. Il comprend trois niveaux différents que sont :

- le niveau central ou national ;
- le niveau intermédiaire ou départemental ;
- le niveau périphérique.

Tableau I: Système national de santé au Bénin en 2010

NIVEAUX	STRUCTURES	Institutions hospitalières et socio-sanitaire	Spécialités
CENRAL ou NATIONAL	Ministère de la Santé	Centre National Hospitalier (CNHUHKM) Centre National Pneumo-Phtisiologie Centre National de Psychiatrie Centre National de Gérontologie Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune(HOMEL) Hôpital d'instruction des armées	–Médecine –Pédiatrie –Chirurgie –Gynéco-Obstétrique –Radiologie –Laboratoire –O.R.L –Ophtalmologie –Cardiologie –Dermatologie –Urologie –Autres spécialités
INTERMEDIAIRE ou DEPARTEMENTAL	Direction Départementale de la Santé	- Centre Hospitalier Départemental (CHD) -Centre d'Information de Prospective, d'Ecoute et de Conseil CIPEC - Centre de Traitement Anti Lépreux (CTAL) -Centre de l'Ulcère de Buruli d'Allada et de Pobè -Centre de Pneumo-Phtisiologie d'Akron	–Médecine –Pédiatrie –Chirurgie –Gynéco-obstétrique –ORL –Ophtalmologie –Radiologie –Laboratoire –Autres spécialités
PERIPHERIQUE	Zone Sanitaire (Bureau de Zone)	- Hôpital de Zone (HZ) - Centre de Santé (CSC) -Site de prise en charge du VIH/SIDA - Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé (CASES) -Formations sanitaires privées -Centre de Détection de la Tuberculose (CDT) - Centre de dépistage de la lèpre et de l'ulcère de Buruli -Centre de dépistage volontaire de VIH	–Médecine générale –Chirurgie d'urgence –Gynéco- obstétrique –Soins curatifs –Accouchements –Radiologie –Laboratoire –Vaccination –IEC/CCC –Pharmacie ou dépôt Pharmaceutique –Loisirs –Alphabétisation –Activités à base communautaire

Source : SGSID/DPP/Ministère de la santé

CESAG - BIBLIOTHEQUE

❖ NIVEAU CENTRAL

Le Ministère de la Santé, conformément au Décret N°2010Ŕ060 du 12 mars 2010 a pour mission la conception, la mise en œuvre et le suivi évaluation de la politique de l'Etat en matière de Santé, conformément aux lois et règlementations en vigueur au Bénin et aux visions et politiques de développement du Gouvernement. Le Ministre de la Santé est responsable de la promotion sanitaire au Bénin. A ce titre, il est chargé de :

- concevoir, appliquer et contrôler la politique sanitaire nationale et internationale de l'Etat ;
- définir et suggérer au Gouvernement, au besoin, de concert avec d'autres départements ministériels, les stratégies et programmes d'actions conformes à la politique sanitaire ;
- développer et exécuter, en collaboration avec les autres départements ministériels, les politiques de formation et de mise à niveau du personnel de santé.
- mettre en exécution les décisions du Gouvernement dans les domaines de la santé et de l'assainissement de base.

Le niveau central comprend :

- le cabinet du Ministre,
- les services directement rattachés au Ministre ;
- le secrétariat Général du Ministère ;
- les directions centrales et techniques,
- les établissements hospitaliers de référence,
- les organismes sous tutelle,
- les organes consultatifs nationaux et
- les agences

❖ NIVEAU INTERMEDIAIRE

Au nombre de 06 à raison d'une par département selon l'ancien découpage territorial, les Directions Départementales de la Santé (DDS) représentent le niveau intermédiaire du système de santé et sont les organes de programmation, d'intégration et de coordination de toutes les actions de santé au niveau du département. Elles supervisent les structures de santé des niveaux intermédiaire et périphérique.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

❖ NIVEAU PERIPHERIQUE

Le niveau périphérique constitue la base de la pyramide sanitaire et compte 34 zones sanitaires réparties sur toute l'étendue du territoire national.

La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est organisée sous forme d'un réseau de services publics de premier contact (Maternités et dispensaires seuls, Centres de Santé) et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé (hôpital de zone) et destiné à desservir une aire qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants.

En plus des structures publiques, le Bénin compte un nombre important de structures privées et d'acteurs de la médecine traditionnelle.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

II. Présentation de la politique de la gratuité de la césarienne en République du Bénin

II.1. Institution de la politique : Décret n°2008-730du 22Décembre 2008

La politique de la gratuité de la césarienne est instituée par décret N° 2008-730 DU 22 DECEMBRE 2008. Ce décret stipule en son article 1er qu'« il est institué au Bénin la gratuité de la césarienne. La césarienne est offerte gratuitement dans les établissements suivants : les hôpitaux publics, confessionnels ou associatifs agréés par l'Etat dont la liste est annexée au présent décret »

Le même décret précise le contenu du paquet de services pris en charge par le gouvernement en son article 2 : « La gratuité de la césarienne consiste au remboursement par l'Etat :

- du transfert de la femme enceinte dans la zone sanitaire ;
- de la prise d'une veine avec soluté avant le transfert ;
- des frais de consultation, de coût de l'acte opératoire, du coût des médicaments et consommables médicaux, des frais d'hospitalisation ;
- et du contrôle post opératoire. »

La mise en œuvre opérationnelle de cette mesure est assurée par l'Agence Nationale de la Gestion de la Césarienne qui sera créée par décret pris en conseil des ministres, poursuit le même document en son article 3.

II.2. Politique générale de l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC)

Cette partie est consacrée au contexte ayant passé en revue les éléments fondamentaux sur lesquels le gouvernement a basé sa vision en créant l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne. Tout y est précisé pour entrevoir le contenu de la politique générale de cette instance technique chargée de la mise en œuvre.

Les rubriques essentielles vont de la finalité aux activités en passant respectivement par les objectifs et les stratégies.

La finalité de cette politique s'énonce ainsi : ″Réduire le taux de mortalité maternelle et néonatale″.

Il résulte de ce point de mire, l'objectif général formulé ainsi qu'il suit : ″Manager l'initiative de la gratuité de la césarienne au Bénin″.

De cet objectif général, découlent quatre objectifs spécifiques dont les formulations sont les suivantes :

- Concevoir la stratégie de mise en œuvre de la gratuité de la césarienne au Bénin ;
- Planifier les activités afférentes à la gratuité de la césarienne ;
- Mobiliser les ressources financières nécessaires à la prise en charge des césariennes par les hôpitaux agréés ;
- Suivre et Evaluer les activités afférentes à la gratuité de la césarienne.

Les actions méthodiques à mener pour atteindre ces objectifs relèvent de quatre approches stratégiques que sont la conception, la planification, la mobilisation et l'évaluation.

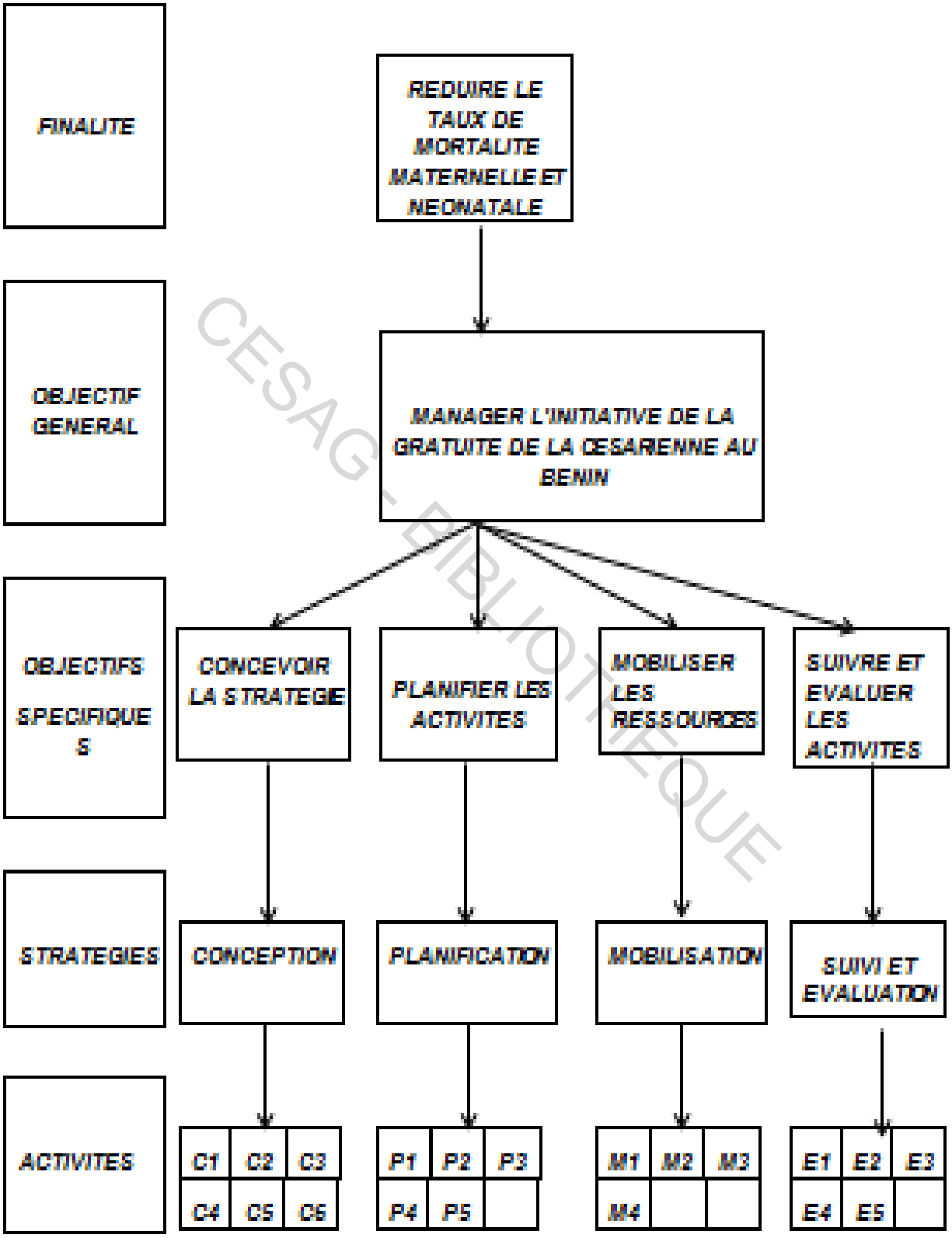
Chaque stratégie est déclinée en activités opératoires dont l'ensemble est constitué de vingt formulations à raison de six pour la première stratégie, quatre pour la troisième et cinq pour chacune des trois autres.

Le schéma représentant le cadre logique résume le contenu de la politique depuis la finalité jusqu'aux stratégies. Les activités quant à elles, sont rassemblées dans un agrégat où une colonne est consacrée à chaque stratégie sous laquelle sont répertoriées ses activités constitutives.

CESAG BIBLIOTHEQUE

Tableau II: Cadre logique de la politique de la gratuité de la césarienne

STRUCTURE SCHEMATIQUE DE LA POLITIQUE DE L'AGENCE



Source: ANGC

Tableau III: Agrégat des stratégies et activités

AGREGAT DES STRATEGIES ET ACTIVITES			
CONCEPTION	**PLANIFICATION**	**MOBILISATION**	**EVALUATION**
C1 : Réaliser l'état des lieux sur les directives techniques en usage dans les structures prestataires de la césarienne	P1 : Identifier les mesures applicables en management de l'ANGC	M1 : Elaborer les documents justificatifs des besoins financiers	E1 : Elaborer le plan d'évaluation
C2 : Elaborer les orientations générales de l'ANGC	P2 : Répartir les mesures entre les directions constitutives de l'ANGC	M2 : Elaborer un plan de plaidoyer pour convaincre les divers partenaires	E2 : Gérer la surveillance continue
C3 : Elaborer le règlement intérieur de l'ANGC	P3 : Etalonner le temps de mise en œuvre des mesures de management de l'ANGC	M3 : Surveiller les procédures d'apport et d'utilisation des fonds	E3 : Organiser le monitoring semestriel
C4 : Elaborer les guides de gestion spécifiques à chaque domaine d'activité (Vadémécum)	P4 : Budgétiser les mesures de l'ANGC	M4 : Former les acteurs sur la mobilisation des fonds	E4 : Organiser les revues annuelles
C5 : Elaborer des guides pratiques pour les prestataires	P5 : Former les acteurs sur la fonction « Planification »		E5 : Former les acteurs sur la fonction « Evaluation »
C6 : Former les acteurs sur la fonction « Conception »			

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Source: *ANGC*

II.3. Composition du kit de césarienne de l'ANGC

On entend par kit de césarienne l'ensemble des médicaments préalablement conditionnés entrant dans le cadre de la réalisation de la césarienne. Il permet la sécurisation des actions de santé d'une façon stable et une augmentation de la capacité de prise en charge des institutions publiques qui assistent les patients à faible revenu.

La composition du kit de la césarienne est élaborée par ANGC/AC 11/08/2009. Ce kit qui contient les produits nécessaires à la césarienne se trouve mentionné dans le tableau n°4 en annexe.

II.4. Renouvellement du kit et processus de remboursement des frais de la césarienne

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Les formations sanitaires agréées dans le cadre de la politique de la gratuité de la césarienne sont chargées chacune en ce qui la concerne d'assurer le renouvellement des kits de césarienne utilisés à l'occasion de la césarienne par le remboursement reçu de l'ANGC.

En effet, par la note de service N° 5074/MS/DRFM/ANGC/DG-AC du 29 JUILLET 2009 ayant pris effet à partir du 1er avril 2009, le Ministère de la Santé a autorisé l'ANGC à rembourser les frais de césarienne aux hôpitaux agrées pour un montant de 100000fcfa par femme césarisée sur vérification de dossier constitué des pièces ci-dessous :

04 exemplaires originaux de la liste des bénéficiaires de la césarienne gratuite,

04 exemplaires originaux des factures,

04 exemplaires originaux de l'attestation de service fait,

01 fiche individuelle d'identification par bénéficiaire récapitulant le protocole opératoire.

En plus, une mission de supervision et de contre vérification est organisée par l'agence en vue d'approuver les déclarations faites dans les dossiers convoyés auprès de l'agence tous les trois mois.

C'est à l'issue de ces vérifications que l'agence procède au remboursement des frais aux hôpitaux. Ce qui fait que le remboursement dure en moyenne trois (03) mois alors que le délai moyen était de 20 jours à compter de la date de dépôt des dossiers soit par chèque ou par virement bancaire au nom de l'hôpital prestataire.

II.5. L'Agence Nationale de la Gestion de la Césarienne

Selon le décret N° 2009-096 DU 30 Mars 2009 portant création, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale de Gestion de la gratuité de la Césarienne (ANGC), l'ANGC est un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, placée sous la tutelle du Ministère en charge de la Santé.

Elle est chargée de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne conformément aux dispositions du décret N° 2008-730 du 22 décembre 2008 portant institution de la gratuité de la césarienne au Bénin.

II.6. Le processus préalable au démarrage de la politique : Etude de l'offre gratuite des soins aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes, y compris la césarienne

Dans le but de bien mettre en place les diverses politiques de gratuité dans le pays, le gouvernement a fait des études de faisabilité en s'inspirant des expériences des pays qui ont précédé le Bénin dans de pareilles politiques.

Bien que cette étude ne concerne pas que la politique de gratuité de la césarienne, il est utile de rappeler le résumé du rapport, pour voir les bases sur lesquelles se fondent la mise en œuvre et les recommandations qui en sont issues.

Cette étude avait eu pour objectif de documenter les expériences de gratuité des soins maternels et infantiles dans la sous-région et s'inspirer des leçons apprises. Plus spécifiquement :

1. Répertorier et analyser les besoins de soins maternels et infantiles, les protocoles de soins en cours par niveau de soins (centres de santé, hôpitaux de zone, CHD, HOMEL et CNHU),

2. Evaluer les coûts des soins, par niveau de soins,

3. Identifier les contraintes d'ordre institutionnel, organisationnel, financier et matériel,

4. Etudier les conséquences sur le système actuel de recouvrement des coûts dans les formations sanitaires,

5. Proposer par niveau, les cadres de mise en œuvre, de suivi et de contrôle de l'approche de gratuité des soins maternels et infantiles y compris la césarienne.

CESAG BIBLIOTHEQUE

RESUME DE L'ETUDE DE L'OFFRE

Le souci de réduire les mortalités infantile et maternelle ainsi que la pauvreté des populations béninoises, a amené le Chef de l'Etat à émettre l'intention de rendre gratuits les soins des enfants de moins de moins 5 ans et les femmes enceintes. Le Ministre de la Santé a alors initié une étude de faisabilité de l'offre « gratuite » des soins à ces cibles y compris la césarienne, afin d'asseoir dès le début les bases d'une mise en œuvre réussie. L'étude a ciblé les différents types de formations sanitaires publiques à tous les étages de la pyramide des soins ; des médecins de spécialités diverses, prestataires des soins des enfants et des femmes enceintes impliqués ont contribué à la reconstitution des protocoles de soins en cours chez eux. Sur la base de ces protocoles et les prix de cession des médicaments et consommables appliqués par chaque formation sanitaire, les coûts de chacune des affections attendues ont été calculés. Des coûts moyens pondérés ont été déterminés pour des groupes pathologiques dont la nature ou les sanctions thérapeutiques les rapprochent. Cette étude a permis de constater que : Les expériences similaires de quelques pays africains confirment qu'il s'agit d'une mesure salutaire, toujours bien accueillie par les populations, une mesure à effet immédiat et à fort impact, mais aussi une mesure sensible, qui se veut effective et pérenne, dans laquelle il faut s'engager avec précautions compte tenu de la forte proportion des pays ayant fait l'expérience, où l'échec s'est rapidement avéré, quand il ne s'agit pas de résultats mitigés ou de retour pur et simple au statu quo. L'étude montre que la prise en charge gratuite des soins des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes sera onéreuse avec les coûts directs qui s'établissent dans les conditions actuelles entre 15 et 26 milliards de FCFA l'an, soit entre 1,5 et 2,5% du budget annuel de l'Etat. L'initiative est toutefois financièrement faisable si les décideurs en font véritablement une priorité. Elle fait également ressortir que la faiblesse des effectifs des professionnels requis, les faiblesses organisationnelles, le sous équipement et l'insuffisance de la motivation des prestataires risquent fortement de compromettre le succès de l'initiative. Elle a identifié d'importantes divergences entre les protocoles thérapeutiques, les prix des médicaments, consommables et examens de laboratoire, d'une formation sanitaire du même niveau à l'autre et suggère d'engager la mesure de gratuité sans précipitation, en prenant une série de précautions et de mesures préliminaires d'office incontournables dont l'harmonisation des protocoles de soins et des tarifs des prestations.

Elle recommande:

- Au Ministère de la Santé de :

1. lancer l'exercice d'harmonisation/ standardisation des protocoles de soins, par niveau de la pyramide des soins ;

2. lancer l'exercice de la standardisation des tarifs applicables pour les médicaments et consommables, les actes le laboratoire, par affection et par niveaux de soins ;

CESAG - BIBLIOTHEQUE

3. identifier les formations sanitaires qui vont démarrer l'expérience et lancer le renforcement de leurs infrastructures mais surtout des équipements pour les rendre conformes aux plateaux techniques appropriés ;

4. lancer le remembrement des formations sanitaires impliquées avec les compétences requises pour offrir les prestations à plein temps ;

5. adopter des mesures incitatives pour motiver le personnel soignant en général, l'équipe technique en particulier et surtout ceux qui servent dans les zones éloignées, enclavées et / ou déshéritées ;

6. lancer le renforcement des moyens de transport des malades et la communication entre les formations sanitaires (téléphone conventionnel, Réseau Aérien de Communication, GSM) ;

7. Impliquer fortement les média au démarrage et pendant la mise en œuvre de l'initiative pour informer largement les populations des modalités, règles et sanctions applicables à tout bénéficiaire de l'offre gratuite des soins ;

8. Lancer le renforcement du mécanisme d'approvisionnement et de distribution des médicaments, en particulier la réorganisation de la pharmacie hospitalière ;

- Au Ministre des Finances de :

1. prévoir une dotation de pré financement ou à défaut un mécanisme de remboursement prompte des factures de prestations ;

2. opter de préférence pour confier en maîtrise d'ouvrage déléguée à une structure légère et adaptée le remboursement des factures des prestations de soins, tout en préservant l'initiative du risque moral. Une agence exclusivement réservée à cette cause conviendrait bien.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

III. Problématique et objectifs de l'étude

Une analyse thématique du recouvrement de coûts et l'accès aux soins puis de la gratuité et l'accès à la césarienne au Bénin, nous permettra de délimiter le champ de nos objectifs au cours de cette étude.

III.1. Problématique de l'étude

III.1.1. Le recouvrement des coûts et l'accès aux soins

Dans la logique des recommandations de l'initiative de Bamako de Septembre 1987, organisée sous l'égide de l'UNICEF et de l'OMS dix ans après la conférence d'Alma Ata et dans la vision de garantir un niveau de financement suffisant des services de santé, la quasi-totalité des pays africains ont instauré la tarification des soins par les usagers comme principale modalité de financement de leur système de santé. Cette politique a très tôt montré ses limites dans la mesure où les populations de ces pays n'ont pas le revenu nécessaire pour assurer les coûts des différentes prestations de soins dont elles ont besoin. Les femmes et les enfants sont ceux qui paient le lourd tribut d'un tel échec. Au vu de ces constats et depuis la signature de la Déclaration du Millénaire en septembre 2000, on assiste à une intensification des efforts consentis par les gouvernements pour réduire la vulnérabilité des femmes et des enfants partout sur la planète. Les objectifs initialement fixés consistaient à réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et de trois quarts le taux de mortalité maternelle au cours de la période 1990–2015.

D'un point de vue général, la réalisation de ces objectifs nécessite un système de santé solide capable d'assurer des services essentiels de bonne qualité. Cela vaut maintenant d'autant plus qu'en 2007, une nouvelle disposition a été ajoutée à l'Objectif No 5, à savoir assurer, également d'ici 2015, l'accès universel aux soins de santé génésique : les services de santé destinés à la mère, au nouveau-né, à l'enfant ou concernant plus généralement la fonction de reproduction doivent être accessibles à tous et dispensés sans discontinuité[3].Surtout qu'une forte évidence de la littérature mondiale démontre de façon claire que les soins maternels peuvent s'avérer très chers, spécialement lorsque des complications surviennent, amplifiées par trois types d'obstacles qui varient selon leurs niveaux de gravité : les obstacles géographiques, financiers et socioculturels[4]. Or, dans un contexte général de pauvreté, l'accès au système de santé reste difficile pour une grande partie des populations surtout les populations africaines face à l'amenuisement de leur pouvoir d'achat et le faible niveau de revenu des Etats. A cet effet, la solution envisagée est de supprimer le paiement direct pour certaines catégories de la population ou pour certaines pathologies ou de services facilement identifiables.

[3]OMS 2011, Surveillance des Soins Obstétricaux d'Urgence : Manuel d'utilisation

[4] OMS 2011, Surveillance des Soins Obstétricaux d'Urgence : Manuel d'utilisation

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Cette suppression prend diverses formes selon les pays. Elle s'exprime soit par une annulation du tarif à travers une subvention de l'offre soit par le financement par la demande au moyen d'un tiers payant par le mécanisme d'un fonds d'achat mis en place par l'Etat en partenariat avec les bailleurs ou un mécanisme assuranciel. Cependant, la mise en œuvre de la gratuité de l'accès aux soins pour certains patients ou l'accès à certaines prestations pour tous les patients rencontre des difficultés pour la plupart des pays africains. Et c'est au regard de ces difficultés que la directrice actuelle de l'OMS a annoncé que « Si vous voulez réduire la pauvreté, il est logique d'aider les gouvernements à abolir les tarifs de soins» (Ridde & Diarra 2009), sous-entendu les aider à rendre les soins gratuits pour les patients. Cette situation était déjà comprise depuis 2006, où plusieurs Organismes et Agences Internationaux ont adopté une position claire de supporter financièrement les gouvernements qui veulent abolir les frais d'utilisation des services de santé. Les pays en développement sont accompagnés par ces agences pour implanter une stratégie de financement des soins de santé offrant une couverture universelle aux citoyens. (Yates 2009)

III.1.2. Gratuité et accès à la césarienne au Bénin : la nécessité d'une évaluation de la politique menée.

La santé faisant partie des déterminants du niveau de développement économique d'un pays et compte tenu de son importance dans la lutte contre la pauvreté, l'accent est de plus en plus mis sur l'urgence de mettre en place de nouveaux mécanismes de financement des soins de santé afin que le recours aux services de santé ne dégrade point le pouvoir d'achat des populations. Le gouvernement de la République du Bénin, soucieux de la santé de sa population et en corrélation avec les OMD a fait des efforts dont les résultats ne garantissent pas encore l'atteinte des OMD.

Selon l'OMS dans un rapport sur la situation sanitaire du Bénin on note en 2009 que 77% de la population résident à moins de 5 km d'une formation sanitaire, alors que le taux d'utilisation est faible, soit 44%. Les ménages assurent l'essentiel du financement de la santé soit 52%[5]. Une série de politiques est engagée: en décembre 2006, il a été décidé de rendre les soins gratuits aux enfants de 0 – 5 ans, avec la nécessité d'intégrer la femme enceinte pour une continuité des soins (CPN, Accouchement et Urgences obstétricales, PF). A cela, s'ajoute la gratuité de la césarienne pour le bonheur des familles béninoises. Cette nouvelle politique est rentrée dans sa phase active depuis le 1er avril 2009.

[5] Situation sanitaire du Bénin/ OMS 2009

CESAG - BIBLIOTHEQUE

L'objectif de cette gratuité de la césarienne est de lever les barrières financières limitant l'accès aux populations, réduire le stress des équipes chirurgicales, améliorer la qualité des services, permettre de prendre en charge les autres causes de mortalité maternelle, dans le but de réduire les taux de mortalités maternelle et néonatale.

Car « au Bénin la situation sanitaire de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est caractérisée par une baisse lente et la persistance à un niveau élevé des indicateurs de morbidité et de mortalité malgré une couverture satisfaisante des soins maternels et infanto-juvéniles. Le taux de mortalité maternelle est de 397 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2006.

Malgré que 9 femmes sur 10 utilisent les services de consultations prénatales, près de 22 % des naissances surviennent encore à domicile surtout dans le nord du pays, en milieu rural (26%) et dans les ménages les plus pauvres (43%). Les besoins en soins obstétricaux d'urgence satisfaits sont encore faibles soit 22,9%. La mortalité infanto-juvénile a baissé de 166,5 à 125 pour 1000 naissances vivantes dans la même période »[6].

Mais on doit se demander si la politique de la gratuité, telle que mise en œuvre, a fait progresser l'équité du système de santé béninois face à ce problème de santé. Ne laisserait-elle pas lieu à des inégalités ou des disparités ?

Face à cette interrogation, les réalités pourraient conduire à des réponses peu satisfaisantes car nous constatons que les hôpitaux agréés dans le cadre de la politique sont mal répartis et cette répartition peut favoriser plus certaines zones ou populations. Le cas des départements de l'Atlantique et du Littoral constitue un exemple. En effet, sur 11 hôpitaux inscrits dans la mise en œuvre de la politique, 8 se trouvent à Cotonou, 2 seulement à Abomey Calavi qui est une cité dortoir à très forte densité[7] soit 473,5 habitants par km² et 1 à Ouidah. A cela s'ajoute la persistance de faire payer les femmes dans certains centres agréés (Madame Monteiro membre du conseil d'administration de l'ANGC dans un journal de la place à l'occasion du bilan des trois ans de la politique). Ces faits laissent entrevoir des signes d'inéquité et un sentiment d'éloignement de l'objectif primaire qu'est de lever la barrière financière faisant obstacle à l'accès à la césarienne, mais beaucoup pour les ménages pauvres.

Cette étude cherchera à vérifier si la politique de gratuité a rendu gratuit l'accès à la césarienne.

On s'interrogera aussi sur l'impact de cette politique sur l'équité d'accès à cette intervention et si un impact sur la mortalité peut-être repéré.

Intérêt

[6] Situation sanitaire du Bénin/ OMS 2009

[7] Annuaire Mairie d'Abomey-Calavi 2011.

CESAG BIBLIOTHEQUE

La santé et l'équité ne sont pas seulement des valeurs importantes en elles-mêmes. Elles ont également une incidence au niveau économique. Les mesures destinées à garantir des résultats de santé plus justes pour tous stimulent les capacités des gens à réaliser leur potentiel et optimisent donc la productivité économique.

Elles réduisent également les coûts liés à la mortalité excédentaire et aux soins de santé, et améliorent la qualité de vie de tous les membres de la société[8]. Ainsi, cette étude s'inscrit dans la vérification des facteurs d'inégalités dans la mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne et d'évaluer les poids financiers résiduels pour les ménages afin de permettre une juste et équitable répartition des effets et impacts au profit des populations béninoises. Si cette étude parvient à mettre à nu les déterminants de cette présomption d'inéquité, alors elle pourra servir aux autorités pour prendre les mesures correctives et d'assurer une couverture totale du territoire en termes d'objectifs et d'impacts.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

III.2. Objectifs de l'étude

Afin de contribuer à l'évaluation de la politique de la gratuité de la césarienne, cette étude se fixe les objectifs suivants.

III.2.1. Objectif général

Evaluer les effets de la politique de la gratuité de la césarienne sur l'équité face à cette intervention.

III.2.2. Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, elle va

1. Evaluer le coût résiduel de la césarienne pour la patiente
2. Evaluer l'impact sur l'équité d'accès de la politique de la gratuité de la césarienne
3. Evaluer l'effet sur l'équité d'impact.

[8] Consortium DETERMINE, Améliorer l'équité en santé par le biais des déterminants sociaux de la santé dans l'union européenne, Septembre 2008

IV. Revue de la littérature

IV.1. Le coût d'une césarienne

La gratuité telle que déclarée n'abolit pas complètement tous les coûts liés à cet acte médical. Pour un accouchement compliqué les coûts facturés sont pour la plupart significativement plus élevés par rapport à ceux qui se rapportent à un accouchement normal. Ainsi, selon Perkins, il y a d'autres coûts directs et indirects qui sont plus considérables que les coûts médicaux (Perkins et al. 2009). Les coûts des interventions ne sont pas souvent documentés, mais là où l'information est disponible, les estimations sont parlantes (Tableau 5). Ce que Witter a mis en évidence à travers une étude en signalant que ces coûts voilent cependant les différences dans les paquets de soins offerts (Witter et al. 2008b).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

IV.2. Coûts directs

Perkins a évalué ces coûts directs en y incluant les médicaments achetés, les frais de l'acte opératoire, le séjour en hospitalisation, les frais de laboratoire, les frais non autorisés demandés par les professionnels, et différents coûts non médicaux comme le coût du transport, le coût de la nourriture de la femme et le coût d'hébergement de son accompagnant (Perkins et al. 2009).

Dans une étude réalisée par Borghi en 2008, le coût des médicaments d'un accouchement compliqué représente la partie la plus grande du coût total des soins, avec un taux moyen de 59%. Cette proportion va de 22% au Bénin à 71% au Bangladesh (Borghi et al. 2008). De plus, Robitail constate que comme les médicaments et les solutés ne sont pas toujours disponibles à la pharmacie de l'hôpital, après la prescription d'une ordonnance, les personnes accompagnant le malade doivent aller les chercher et les payer ailleurs (Robitail et al. 2003). Le coût du transport représente une proportion importante des coûts totaux payés par le patient. Il est de 28% au Burkina Faso ; 25% au nord du Brésil et de 27% au Royaume-Uni. Ensor & Cooper relèvent que c'est le second élément de dépense le plus cher pour les patients après les médicaments (Ensor & Cooper 2004). Mais l'effet de l'obstacle de la distance diminue devant la perception de la gravité de la complication obstétricale et la bonne réputation du prestataire des soins (Gabrysch et al. 2009).

Les « cadeaux » non officiels ou « pourboires » peuvent être donnés au personnel, que ce soit parce que les patientes et leurs familles sont satisfaites des soins reçus, ou à cause de la corruption (Borghi et al. 2008). La demande de rémunération informelle apparait une pratique très répandue particulièrement dans les pays en développement. Ces frais informels peuvent être substantiels. En Inde, ils sont cinq fois plus importants que les frais administratifs et représentent 80% des totaux des dépenses directes des ménages.

Au Kenya ils représentent 59% (Perkins et al. 2009). Les femmes déclarent avoir été contraintes de payer même lorsqu'il y a une politique de la gratuité, la corruption et les paiements informels persistent (Meessen et al. 2006).

Coût d'opportunité : Les femmes qui se rendent dans une structure de soins pour accoucher sont généralement accompagnées par un membre de la famille et ce temps d'accompagnement peut être considéré comme un coût d'opportunité (Borghi et al. 2003). Les pertes de revenus des accompagnants étaient significativement plus élevées dans le cas d'un accouchement compliqué de 4,13 $ à 78,5 $, gonflées par la plus grande distance à parcourir pour obtenir des soins appropriés et par le séjour prolongé à l'hôpital (Borghi et al. 2008).

IV.3. Coûts indirects

Ces coûts ont un impact sévère sur les ménages comme en cas d'emprunt à des taux élevés ou en cas de vente de terrain ou de biens pour couvrir ces dépenses. Pour Ensor et Cooper, ces coûts indirects sont aux alentours de 60% de l'ensemble des coûts de traitement pour une intervention chirurgicale au profit des patients issus du milieu rural. (Ensor & Cooper 2004). Les familles pauvres sont les plus susceptibles d'avoir besoin d'emprunter de l'argent. Ce sont aussi elles qui auront les plus grandes difficultés à rembourser. Pour les ménages n'ayant pas d'épargne ou d'accès aux autres modes de financement, les dons de parents ou de membres.

IV.4. Les inégalités dans l'accès aux soins

La persistance de ratios élevés de mortalité maternelle, particulièrement en Afrique, et les grandes différences observées entre riches et pauvres en ce qui concerne l'accès aux soins obstétricaux et l'état de santé des mères ont attiré l'attention sur l'importance de la réduction des barrières financières à l'assistance qualifiée à l'accouchement.

Selon une étude réalisée par Kunst & Houweling en 2001, il y a aussi des inégalités significatives entre les zones rurales et urbaines et entre les ménages riches et pauvres en termes d'utilisation des services et d'état de santé des mères. En effet, des analyses des données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), de plus de 50 pays en développement ont montré qu'au plus 34% des accouchements étaient pris en charge par du personnel qualifié dans le quintile le plus pauvre des ménages alors que cette proportion atteignait 84% dans le quintile le plus riche. Cette différence entre quintiles était la plus grande de toutes les interventions de base en santé maternelle et infantile (Gwatkin et al. 2005).

Ainsi, l'accès à la césarienne est aussi directement lié à la richesse des ménages. Une étude récente en Indonésie fait apparaître que moins de 1% des pauvres accouchent par césarienne contre 4% des riches (Immpact 2007).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Une autre étude conduite par Ronsmans, basée sur les données des EDS dans 42 pays en développement a montré que les taux d'accouchement par césarienne étaient extrêmement bas au sein des ménages très pauvres: ils étaient de moins de 1% pour les 20% les plus pauvres de la population dans 20 pays et étaient de moins de 1% pour 80% de la population dans 6 pays. Dans 5 pays seulement, le taux d'accouchement par césarienne dépassait les 5% parmi les très pauvres (Ronsmans et al. 2006).

V. Cadre de l'étude

V.1. Analyse de la pauvreté au Bénin

La pauvreté au Bénin est plus rurale et a des facettes multiples. En effet, selon l'enquête EMICoV et en prenant en compte les deux dimensions de la pauvreté étudiée (pauvreté monétaire et pauvreté non-monétaire éclatée en pauvreté d'existence et pauvreté selon le patrimoine), au moins 3 personnes sur 10 sont pauvres au Bénin. Selon l'approche monétaire, la proportion de la population pauvre en 2007 est estimée à 33% (contre 37% en 2006). Sur le plan non monétaire, la pauvreté touche 40% de la population. Lorsque la pauvreté non- monétaire est décomposée selon les conditions de vie et de patrimoine, la proportion de la population pauvre par rapport aux conditions de vie est estimée à 37% (contre 40% en 2006). Par contre, en termes de patrimoine, cette proportion est estimée à 44% (contre 48% en 2006).

Il en résulte donc qu'une frange importante de la population béninoise subit de nombreuses privations en termes de condition d'existence et du patrimoine.

L'analyse de ces différentes formes de pauvreté suivant le milieu de résidence confirme que la pauvreté est un phénomène qui sévit plus en milieu rural. Quelle que soit la forme de pauvreté considérée, plus de 36% des personnes vivant en milieu rural sont pauvres. Sous l'angle des conditions d'existence, elle touche plus de 37% (en 2007) de la population rurale et environ 41% en milieu urbain. L'écart relatif paraît plus accentué lorsqu'on considère la pauvreté en termes d'actifs : 54% en milieu rural contre 27% en milieu urbain.

Par ailleurs, plus d'une personne sur 10 cumulent simultanément les différentes formes de pauvreté. Pour apprécier l'ampleur de la pauvreté, on évalue la proportion de la population qui cumule la pauvreté monétaire, la pauvreté d'existence et la pauvreté sous l'aspect du patrimoine. Les ménages remplissant ce critère sont identifiés et qualifiés de « noyau dur ».

Le cumul des trois formes de pauvreté permet d'isoler un noyau dur de la pauvreté qui est estimé à 7,8% en 2007. Ainsi, les ménages de cette classe représentent plus du dixième de la population des ménages pauvres en 2007.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Il s'agit des ménages qui sont pauvres sans ambiguïté, puisqu'ils ont à la fois de faibles dépenses de consommation, des mauvaises conditions de vie et des privations en actifs.

Le niveau d'instruction, la taille du ménage et le secteur d'activité du chef de ménage influencent significativement l'état de bien-être du ménage. Ce constat s'observe au niveau de toutes les formes de pauvreté.

Par rapport à la dynamique de la pauvreté et selon les résultats de l'enquête EMIcoV, la pauvreté a reculé au Bénin sur la période 2006-2007, quel que soit l'indice considéré.

L'incidence de pauvreté monétaire est passée de 37,2% en 2006 à 33,3% en 2007, soit une baisse de 3,9 points. L'écart de pauvreté qui représentait 30,9% du seuil de pauvreté en 2006 n'en représente que 28,5% en 2007 ; l'indice de sévérité mesurant l'inégalité parmi les pauvres est en baisse passant de 0,053 en 2006 à 0,040 en 2007. Les résultats par milieu de résidence indiquent que la pauvreté a baissé, et ce, quel que soit l'indice retenu et quel que soit le seuil de pauvreté. En milieu urbain, l'incidence de la pauvreté monétaire est passée de 34,79% en 2006 à 28,31% en 2007, soit une baisse de 6 points environ. En milieu rural, la baisse est d'environ 2 points (36,08 en 2007 contre 38,55 en 2006).

Aussi, la baisse de la pauvreté est-elle concomitante avec celle des inégalités. Sur la même période, l'indice d'inégalité de Gini a reculé en passant de 0,53 en 2006 à 0,47 en 2007. Ceci traduit la modification de la distribution des revenus et des dépenses de consommation des ménages sur cette période. On observe tout de même une dynamique différenciée selon les communes. En effet, l'analyse comparative des indices de pauvreté des deux périodes au niveau des communes met en évidence des situations qui contrastent avec la réduction de la pauvreté observée au niveau national.

Cependant, l'analyse selon l'entrée et la sortie de pauvreté montre que les ménages urbains se tirent mieux d'affaires. Sur 100 ménages classés non pauvres en 2006, 15 sont devenus pauvres en 2007. En revanche, sur 100 ménages pauvres, 43 sont restés pauvres et 57 sont sortis de la pauvreté. Le taux de sortie de la pauvreté des ménages urbains évalué à 59,5% est supérieur à celui des ménages ruraux (55,1%). Par conséquent, le taux d'entrée dans la pauvreté des ménages non pauvres est supérieur en milieu rural qu'en milieu urbain : 16,3% contre 11,9%.

V.2.Cadre conceptuel

Nous y aborderons le concept de l'équité en santé et le taux de la césarienne.

V.2.1. Le concept de l'équité en Santé

CESAG BIBLIOTHEQUE

Ce concept a été défini selon plusieurs auteurs. Dans notre étude, nous évoquerons la définition selon l'OMS et celle proposée par d'autres auteurs.

V.2.1.1. Equité selon l'OMS

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'équité en santé désigne « l'absence de différences systématiques et potentiellement remédiables, dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement et géographiquement » OMS 2005

V.2.1.2. Equité selon d'autres auteurs

Aristote, dans l'éthique à Nicomaque (livre V, chapitre 15) définit ainsi l'équité : « L'équitable tout en étant le juste n'est pas le juste selon la loi, mais un correctif de la justice légale. La raison en est que la loi est toujours quelque chose de général, et qu'il y a des cas d'espèce pour lesquels il n'est pas possible de poser un énoncé général qui s'y applique avec rectitude ». L'équité est une mise en œuvre du principe d'égalité de santé sur des cas d'espèce et de nombreuses conceptions sont possibles. D'après Carr-Hill (1994) l'usage est de classer les différentes définitions en deux grands groupes; dans le premier l'accent est mis sur le financement du système de santé (équité verticale), dans le second sur les soins et l'état de santé (équité horizontale).

Il y a équité « verticale » quand les personnes qui ont des capacités contributives inégales assurent une contribution inégale au financement du système de santé. Autrement dit, ceux qui ont les revenus les plus élevés, contribuent en fonction de leurs moyens.

La définition de l'équité horizontale met l'accent sur l'égalité de traitement pour ceux qui ont des besoins de santé égaux.

Cette définition de l'équité dans le recours au système de santé doit être complétée par trois autres définitions proposées par Culyer (1993):

Égalité de dépenses par habitant

Dans cette approche on compare la consommation de soins entre groupes de la population (catégories socioprofessionnelles, régions), en prenant pour référence l'égalité de chaque groupe. Par exemple, dans l'enquête décennale sur les soins médicaux, P. Mormiche mesure les inégalités de recours aux soins entre catégories socio-professionnelles ou selon le niveau de revenu.

Égalité dans la couverture des besoins

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Dans cette définition de l'équité, on admet qu'à besoin de santé égal, des ressources égales doivent être mobilisées. Le besoin est le plus souvent estimé par la morbidité prévalente ou à défaut par la mortalité analysée selon ses différentes formes (taux, espérance de vie, années de vie potentiellement perdues, causes médicales de décès évitables, etc.). Aussi le cas des indicateurs de «charge de morbidité» (DALYs) de l'OMS, qui combinent mortalité et morbidité par causes, invalidité et valeur accordée aux années de vies aux différents âges.

Dans ce cas, un système de santé équitable distribue ses ressources de telle manière que les groupes de population dont la charge de morbidité est la plus forte reçoivent le plus de ressources. Cet indicateur a été retenu par la Banque Mondiale dans son rapport de 1993.

Les besoins de santé de la population peuvent enfin être définis par la « capacité à bénéficier » des soins, en tenant compte de leur coût. L'équité consiste alors à sélectionner pour une population donnée les traitements les plus efficaces, c'est-à-dire ceux qui offrent l'utilité la plus forte pour le patient, généralement mesurée par les gains en durée moyenne et en qualité de vie. C'est l'ambition des indicateurs de durée moyenne de vie pondérée en fonction de leur qualité (QALYs), qui ont été expérimentés en Grande Bretagne pour favoriser l'équité régionale, c'est aussi, par exemple, le cas du programme Medicaid en Oregon qui a eu recours à une méthodologie similaire.

Le problème majeur pour les gestionnaires du système de santé est que ces indicateurs ne sont généralement pas compatibles entre eux. Par exemple, deux populations qui auraient le même état initial de santé, et une capacité inégale à bénéficier des soins, devraient dépenser des sommes différentes pour maintenir une égalité d'état de santé, ou bien, devraient accepter des inégalités d'état de santé pour maintenir des prestations identiques.

- **Équité et accessibilités géographique, culturelle et financière**

D'autres se réfèrent plutôt à la notion d'accès aux soins pour définir plus objectivement l'équité. L'accessibilité peut ainsi être définie par : la durée minimum pour accéder aux services de soins, ou le coût de l'accès aux services, mesuré par la dépense de transport et la valorisation du temps d'accès aux soins, ou encore par le coût d'opportunité de la consommation des services ou de soins pour un individu ayant un budget et une fonction d'utilité donnée. La définition de l'équité dépend donc du temps d'accès, d'attente, de durée des soins, mais aussi des solutions alternatives. Alors, l'accessibilité se définit encore par les dépenses directement liées aux soins en termes de tarifs de consultation, de bilan, de médicaments et de séjour. Il s'agit dans ce cas de l'accessibilité financière. A cela s'ajoutent les pesanteurs socio-culturelles qui empêchent parfois d'accéder aux soins. Ces pesanteurs définissent l'accessibilité culturelle.

CESAG-BIBLIOTHEQUE

- **L'égalité des états de santé**

Cette dernière définition est la plus importante pour les populations, elle a donné lieu à des travaux qui ont inspiré les politiques de santé publique. Mais l'état de santé est le résultat d'un processus qui fait intervenir de nombreux déterminants, dont ceux que nous venons de citer, mais aussi d'autres qui sont externes au système de soins et dont l'influence est très importante mais encore mal connue (Haut Comité de Santé Publique, 1994). Il est donc difficile de construire une politique d'allocation des ressources publiques sur ce critère.

V.2.2. Le taux de césarienne

Nous évoquerons d'abord la notion de la césarienne avant de passer aux taux conventionnel et la marge conventionnelle.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

V.2.2.1. Notion de la césarienne

Historiquement, la césarienne est une intervention chirurgicale pratiquée dans le but d'extraire le fœtus par la voie abdominale, en cas d'impossibilité ou de risque par la voie naturelle ou vaginale (OMS). Et son efficacité dépendra le plus souvent de sa rapidité, particulièrement devant le fait que 80 % de la mortalité maternelle est liée à des morts obstétricales directes qui résultent des complications survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou durant les premiers jours du post-partum, et que l'accessibilité réduite aux structures de la maternité est la raison fondamentale du niveau élevé de cette mortalité dans les pays en développement (Hotchkiss et al., 2003).

V.2.2.2. Taux de césarienne

C'est le rapport du nombre d'opérations de césarienne réalisées sur le nombre des accouchements attendus pour une zone géographique en une période donnée (Robitail et al. 2003).

V.2.2.3. Niveaux acceptables

Des taux élevés ou très bas de césariennes peuvent être dangereux, mais on ignore quel est le taux optimal. Dans l'attente d'autres recherches, les utilisateurs du manuel de l'OMS sur les soins obstétricaux et néonatals d'urgence pourront continuer à utiliser la fourchette de 5–15%. A noter que la limite supérieure de 15 % qui est proposée constitue un seuil à ne pas dépasser. Là où la mortalité maternelle est élevée, le taux de césariennes a tendance à être faible, notamment en milieu rural.

Une étude récente portant sur le taux de césariennes au niveau mondial, régional et national montre que les taux les plus faibles sont observés en Afrique (3,5 %) ; dans les 49 pays les moins développés, les taux vont de 0,4 % au Tchad à 6 % au Cap-Vert. (Avec une moyenne de 2 %).

En fin de compte, ce qui importe le plus c'est que toutes les femmes qui ont besoin d'une césarienne puissent effectivement en bénéficier. Car c'est une mesure de l'accessibilité et de l'utilisation d'une intervention obstétricale courante qui permet d'éviter des décès maternels et néonatals et de prévenir des complications telles que la fistule obstétricale. (OMS, 2011)

CESAG - BIBLIOTHEQUE

VI. Méthodologie

Nous aborderons dans cette rubrique le type d'étude, la définition des variables par objectif.

VI.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude principalement évaluative mais qui revêt un aspect descriptif et analytique. Pour atteindre les objectifs, plusieurs techniques de collecte de données quantitatives et qualitatives ont été utilisées. Cette étude fait ainsi recours à diverses méthodologies comme analyse documentaire, entretien avec les différentes catégories d'acteurs, enquêtes auprès des ménages pendant une période dans une zone délimitée.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

VI.2. Définition des variables

→ Le coût de la césarienne pour la patiente

Le coût de la césarienne pour la patiente est l'ensemble des coûts directs et indirects supporté par la famille de la patiente. Le coût direct est composé du coût résiduel et du coût d'opportunité de la césarienne pour la patiente. (Voir tableau n°6 en annexe)

→ L'impact de la politique de la gratuité de la césarienne sur l'équité d'accès

L'équité d'accès sera mesurée par l'évolution des taux de césarienne selon les départements. L'hypothèse de travail est qu'une faible dispersion indique une même couverture des besoins, donc une situation équitable. La politique de gratuité de la césarienne devrait réduire cette dispersion. De plus, les départements les plus pauvres devraient voir leur taux progresser plus vite. On y ajoute aussi la répartition des hôpitaux agréés et le niveau de vulgarisation de la politique. (Voir tableau n°6 en annexe)

→ L'équité d'impact

Elle sera mesurée par l'évolution des taux de mortalité néonatale et maternelle. (Voir tableau n°6 en annexe)

Tableau XXIX. Coûts estimatifs pour la patiente des actes d'accouchement (en $US)

Sources	Pays et Année	Accouchement normal				Accouchement par césarienne			
		Trans-port	Médi-caments	Autres frais dans la structure	Coût total	Trans-port	Médi-cament	Autres frais dans la structure	Coût total
Borghi et al. 2003	Bénin 2002	1,88	21,12	25,93	48,93	2,23	53,26	179,03	234,52
Sondo et al. 1997	Burkina Faso 1995*					24,23	37,69	20,20	82,12
Borghi et al. 2003, Asante et al. (2007)	Ghana 2002-2004	2,35	9,27	15,13	26,75	3,75	66,64	70,98	141,37
Kowaleski et al. 2002	Tanzanie 1997	6,98**	3,86		10,84	6,98**	4,86	2,49	14,33

**** Taux de change estimé à 490 FCFA pour 1 Dollar US en 1995***

*****Un seul accompagnant estimé***

CESAG - BIBLIOTHEQUE

VI.3. Collecte des données

VI.3.1. Le coût de la césarienne pour la patiente

Les données destinées à évaluer ce coût, sont colletées à l'aide d'un questionnaire adressé aux ménages de l'aire géographique du système de santé concernée.

Ce questionnaire a été administré aux ménages par une équipe d'enquêteurs préalablement formés à cet effet.

Il prend en compte la situation socio-économique des ménages, les antécédents gynéco-obstétriques, état de connaissance sur la gratuité de la césarienne, les dépenses effectuées, les sources de leurs financement et les durées d'absence aux domiciles, variables nécessaires pour cette étude. Nous avons choisi le ménage comme individu de l'échantillon et non la famille afin de pallier à la confusion découlant du sens large du terme (famille élargie).

CESAG BIBLIOTHEQUE

- Questionnaire

Les variables définies plus haut ont été recueillies à partir d'un questionnaire élaboré, de guide d'entretiens ciblés en vue d'un recueil plus ou moins exhaustive d'informations utiles. (Voir annexes)

- Echantillonnage

Les femmes césarisées en séjour dans les hôpitaux retenus, qui constituent les cibles de notre étude sont recrutées de façon aléatoire. L'effectif a été déterminé comme ci-dessous décrit.

- Taille de l'échantillon

Avec les données de l'annuaire statistique 2010, la proportion de femmes césarisées est de 6,2% de toutes les grossesses de l'année, le calcul de la taille de l'échantillon nécessaire pour faire une inférence sur la population sera fait par la formule suivante :

$$n = \frac{(\varepsilon_\alpha^2 \times p \times q)}{i^2}$$

p : proportion des femmes touchées par la mesure de la gratuité = 0,062

q : proportion de femmes qui ne sont pas touchées par la mesure de gratuité est traduite par q = 1-p =1-0,062 = 0,938

Sachant que la population totale de femmes césarisées est supérieure à 10.000

ε_α = l'écart correspondant à un degré de confiance de 95% (1,96).

α = le risque d'erreur de 5 %

i = la précision absolue de 5%,

$$\boldsymbol{n = \frac{(1,96^2 \times 0,062 \times 0,938)}{0,05^2}}$$

$$\boldsymbol{n = 89}$$

Ce qui donne un échantillon de taille minimale : 89 ménages.

NB : Cet échantillon sera porté à 102 pour palier au risque de non-réponses, qui peuvent subvenir dans de pareilles études et pour ne pas tomber en dessous de la taille minimale qui garantit la précision dans l'estimation des paramètres.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

VI.3.2. Les mesures de l'impact sur l'équité

Nous nous sommes servis aussi des données statistiques de l'Agence Nationale chargée de la gestion de la Gratuité de la Césarienne pour ce qui concerne le bilan des trois ans années de mise en œuvre de la mesure de la gratuité et du Ministère de la santé.

Un questionnaire orienté a aussi été administré aux prestataires de quelques Centres hospitaliers pour les critères d'admission des femmes devant subir la césarienne.

La revue documentaire a été utilisée pour analyser, comprendre et présenter la manière dont le problème a été abordé par différents auteurs et recherches à travers le monde afin de pouvoir présenter une définition des différentes catégories socio–économiques.

VI.4. Présentation du cadre de l'étude

Il s'agit de la présentation du département du Littoral et du choix des hôpitaux.

VI.4.1. Présentation du littoral

Présenter le département du Littoral se résume à la ville de Cotonou.

En effet, Cotonou, capitale économique du Bénin, est situé dans le sud du pays. Avec une superficie de 79km^2 et une densité de 11276 habitants au km^2, c'est la plus grande ville du Bénin. C'est une ville cosmopolite avec une forte concentration d'activités économiques, politiques, administratives et culturelles[9].

Sa population en 2011 est estimée à environ 890781 habitants avec 259 770 femmes en âge de procréer. Une frange non négligeable de cette population est constituée par la communauté étrangère. La ville de Cotonou abrite aussi des populations économiquement défavorisées qui se regroupent au sein d'une sub-urbanisation spontanée très insalubre. L'accessibilité de ces populations au système sanitaire reste très limitée, faute de moyens, 38% de cette population urbaine vit en dessous du seuil de pauvreté.

VI.4.2.Le choix des hôpitaux

La mesure de la gratuité se pratique dans 44 hôpitaux sur toute l'étendue du territoire national. Cependant nous allons procéder à un choix de deux hôpitaux qui constitueront nos sites de collectes et d'enquêtes ménages. Il s'agit de l'HOMEL et du CNHU-HKM. Ces formations sanitaires sont les deux grands centres de référence en matière de soins gynéco-obstétriques en République du Bénin. On y rencontre toutes les couches socio-économiques et des ressortissants de toutes les régions du pays.

CESAG BIBLIOTHEQUE

VI.5. Analyse des données

Les résultats des entretiens ont été analysés selon une approche thématique, en hiérarchisant les informations reçues selon des catégories qui nous permettaient de répondre synthétiquement à nos thèmes figurant sur notre guide d'entretien et questionnaire. Toutes les données collectées à partir des questionnaires ont été transcrites en variables, saisies dans Epi Info7 pour l'analyse statistique puis une partie transférée sur Excel 2010 pour les représentations graphiques.

Pour certaines variables, nous avons calculé les mesures de fréquence, de tendance centrale et de dispersion.

VI.6. Limites de l'étude

Cinquante ans après les indépendances, la République du Bénin, Etat souverain, ayant à cœur les problèmes de santé de ses populations ne dispose pas d'une carte sanitaire pouvant permettre d'avoir un aperçu de l'organisation sanitaire du pays. Cela n'a pas pu permettre une revue exhaustive des hôpitaux susceptibles d'être agrées dans le cadre de la politique et d'apprécier avec dextérité les écarts de répartition des hôpitaux pris en compte dans la mise en œuvre de la mesure de la gratuité.

[9] : SGSI/DPP/MS, 2011

De plus faute de moyens et de temps, nous ne pourrions conduire cette étude sur toute l'étendue du territoire national pour pouvoir passer dans tous les hôpitaux retenus dans le cadre de la politique pour toucher du doigt la réalité concernant cette politique.

Malgré ces limites soulevées, les résultats obtenus pourraient donner une idée des insuffisances au regard de l'équité afin d'en tirer les leçons nécessaires pour améliorer la politique dans sa mise en œuvre. Mais dès que les moyens seront disponibles, nous recommandons de prendre le temps nécessaire pour mener une étude diagnostique plus profonde de l'inéquité dans la mise en œuvre des politiques de gratuités au Bénin.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

VII. Résultats

Les résultats de nos recherches sont présentés selon l'ordre des objectifs.

VII.1. Estimer l'effet de la politique sur la gratuité effective de l'accès à la césarienne

Notre enquête a porté sur une population de 102 femmes césarisées dont 49 au CHNU-HKM et 53 à l'HOMEL.

VII.1.1. Caractéristiques sociodémographiques

a. L'âge moyen des femmes

L'âge des femmes césarisées soumises à notre enquête varie de 16ans à 40ans avec une moyenne de 28ans.

Tableau IV: Moyenne des âges des femmes

Observation	Total cumulé	Moyenne	Variance	Ecart type
102	**2894**	**28,3725**	**44,7905**	**6,6926**

Sur les 102 femmes enquêtées, l'âge moyen est de 28ans. La classe modale est de 25-29 à une proportion de 35,29%.

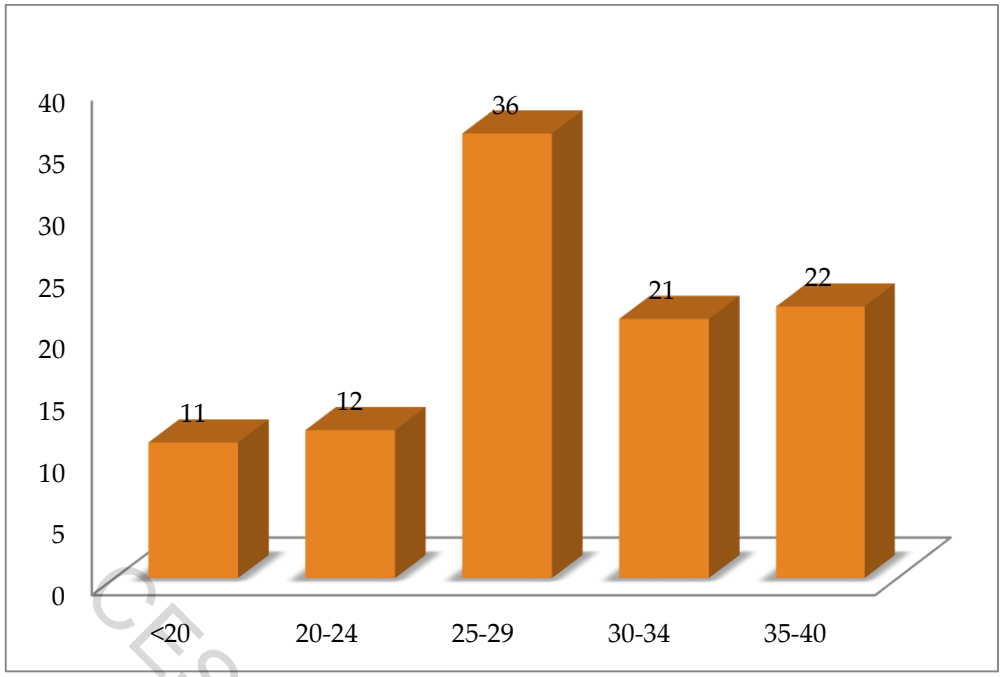


Figure n°2: Classe d'âges des femmes césarisées

CESAG - BIBLIOTHEQUE

b. Niveau d'instruction des femmes

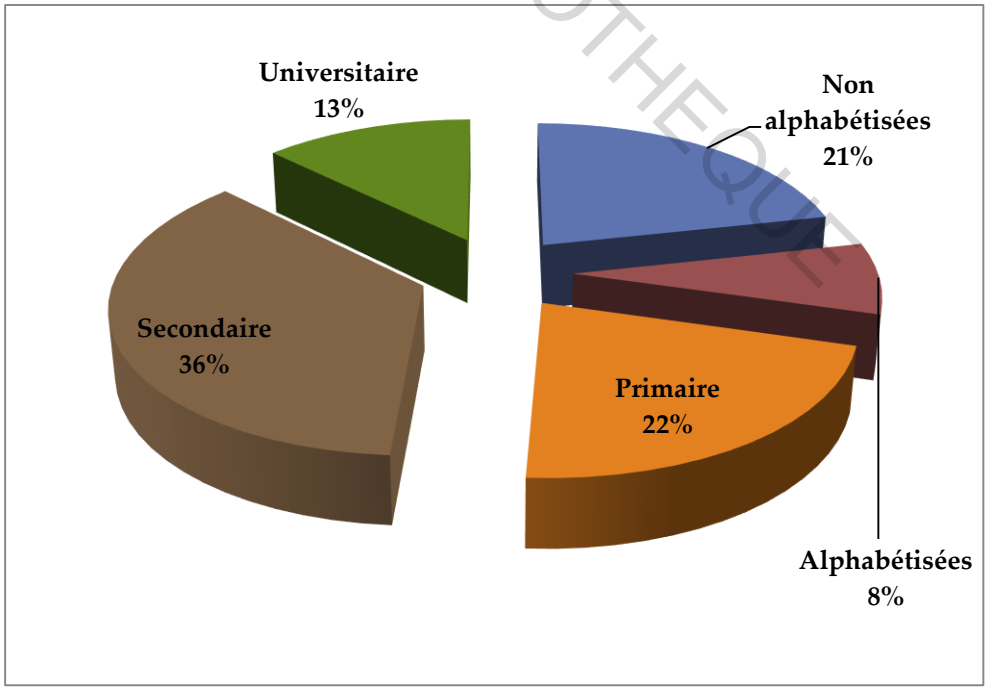


Figure n°3: La répartition des niveaux d'instruction

Niveaux d'instruction stratifies en fonction des lieux d'enquête

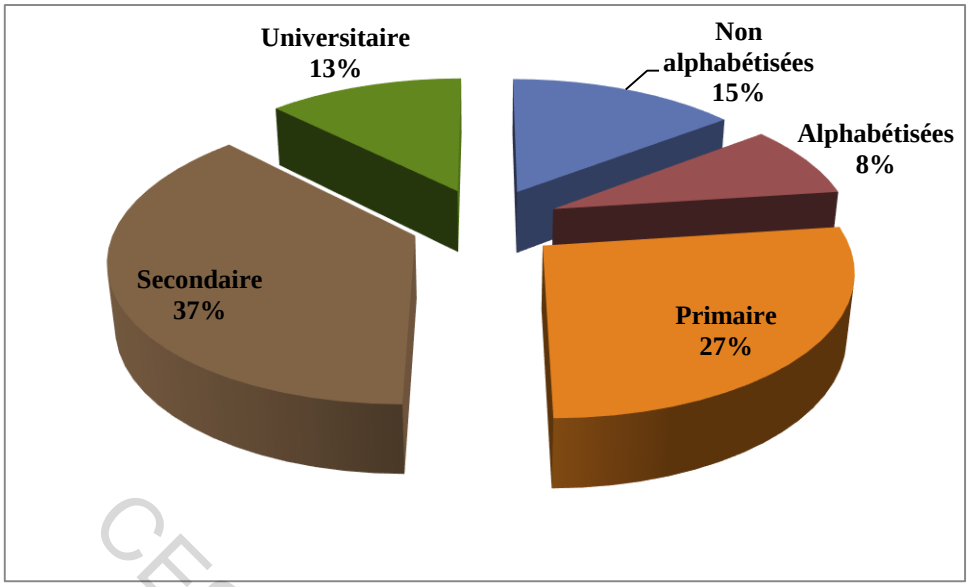


Figure n°4: Répartition des niveaux d'instruction au CNHU-HKM

CESAG - BIBLIOTHEQUE

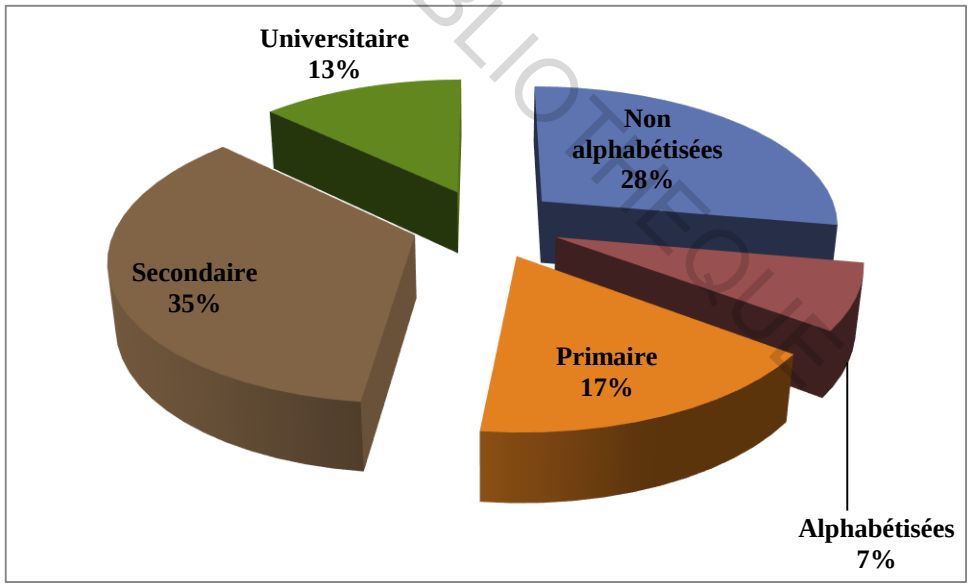


Figure n°5: Répartition des niveaux d'instruction à l'HOMEL

La répartition des niveaux d'instruction semble être similaire au CNHU comme à l'HOMEL avec prédominance des femmes scolarisées, 70% environ.

c. Classes économiques des femmes

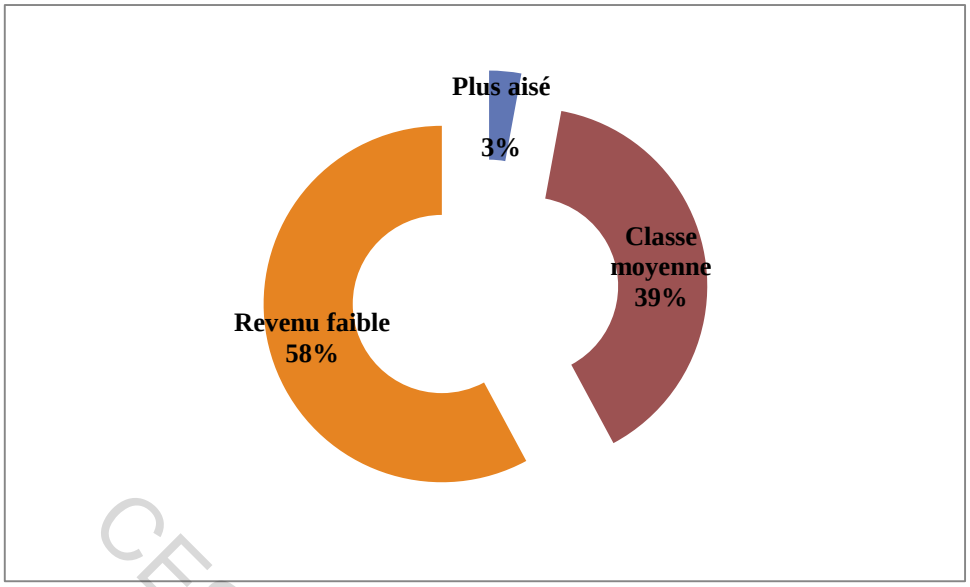


Figure n°6: Répartition des Classes économiques

Les femmes césarisées sont majoritairement de revenu faible, soit 58%.

d. Antécédents gynéco-obstétricaux

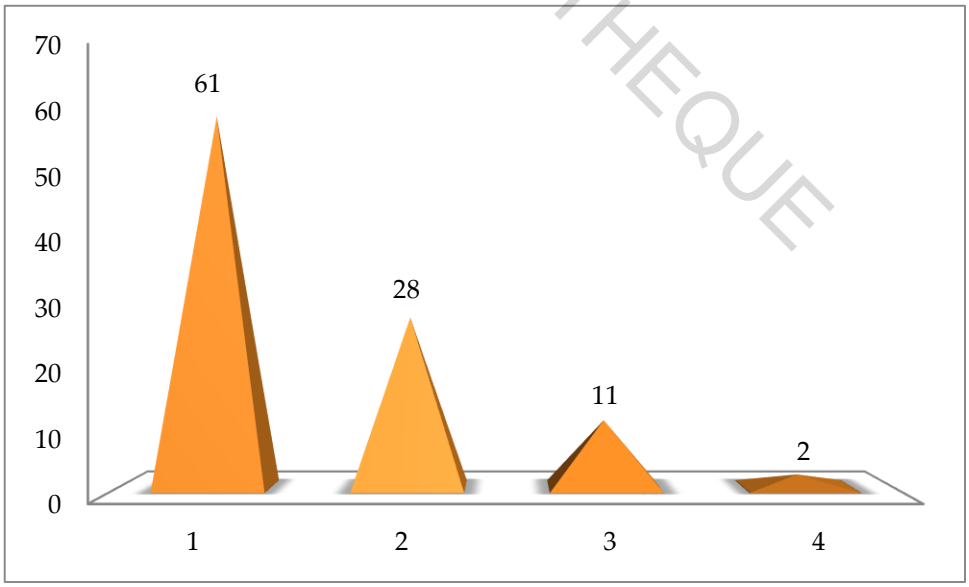


Figure n°7: Proportion de femmes ayant déjà fait la césarienne avant l'étude

On relève que 89% des femmes de notre étude ont déjà fait au moins une fois de la césarienne dans la l'Atlantique et le Littoral.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau V: Proportion de femmes ayant déjà bénéficié de la gratuité

Bénéfice	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Oui	22	21,6%	21,6%
Non	80	78,4%	100,0%
Total	102	100%	100%

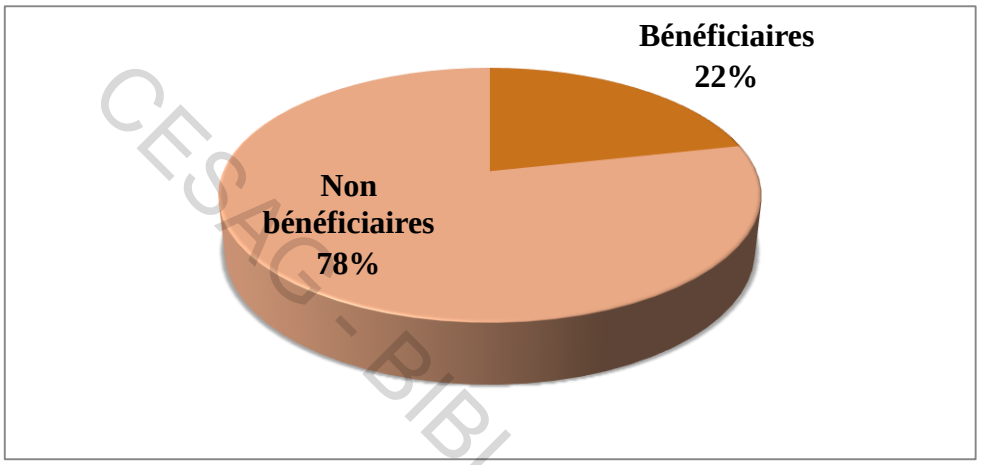


***Figure n°8:* Bénéficiaires de la gratuité**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Quatre femmes sur cinq n'ont pas profité de la gratuité de la césarienne pendant les trois ans de mise en œuvre de la mesure de la gratuité.

VII.1.2. Coût pour la patiente : Coûts directs

VII.1.2.1. Cout résiduel

Le coût résiduel (CR) est égal à la somme des différents coûts moyens obtenus par le traitement des données recueillies sur le terrain lors de l'enquête ménages au sein des hôpitaux.

a. Coût moyen des médicaments

Le coût des médicaments varie de 10000 FCFA à 329000 FCFA, avec une moyenne de 79070 FCFA.

Tableau VI: Coût moyen des médicaments

Observation	Total	Moyenne	Variance	Ecart type
102	8065135	79070	3389143956	58216

La dépense moyenne en médicament est d'environ 79070 FCFA.

b. Coût moyen de facturation dans les hôpitaux

Tableau VII: Coût moyen de facturation dans les hôpitaux

Observation	Total	Moyenne	Variance	Ecart type
102	4125690	40448	1079277085	32852
Minimum	25%	Médiane	75%	Maximum
0	15700	33400	59200	178000

La facturation moyenne dans les hôpitaux est en moyenne proche de 40448 FCFA

CESAG - BIBLIOTHEQUE

c. Coût moyen du transport en cas de référence

Tableau VIII: Coût moyen du transport en cas de référence

Observation	Total	Moyenne	Variance	Ecart type
102	132152	1296	8342380	2888
Minimum	25%	Médiane	75%	Maximum
0	0	375	1400	20000

Nous notons que le coût du transport est en moyenne d'environ 1296fcfa avec un maximum de 20000fcfa.

d. Coût moyen de déplacements et de repas pendant le séjour

Tableau IX: Coût moyen de déplacements et de repas pendant le séjour

Observation	Total	Moyenne	Variance	Ecart type
102	180200	17667	1778680	1334
Minimum	25%	Médiane	75%	Maximum
0	1000	1500	2500	6000

Notre enquête a relevé que le déplacement pendant le séjour des femmes, coûte en moyenne 17667fcfa avec un écart type de 1334fcfa.

e. Coût moyen des examens de laboratoire

Tableau X: Coût moyen des examens de laboratoire

Observation	Total	Moyenne	Variance	Ecart type
102	898525	8809	259589700	16112
Minimum	25%	Médiane	75%	Maximum
0	0	3250	12000	1194500

Dans les deux hôpitaux, la moyenne des coûts pour les examens de laboratoire s'élève à 8809fcfa.

f. Autres dépenses

Tableau XI: Autres dépenses

Observation	Total	Moyenne	Variance	Ecart type
102	102250	1002	751293	867
Minimum	25%	Médiane	75%	Maximum
0	0	0	0	8700

Les éléments du coût résiduel se résument dans le tableau

Tableau XII : Tableau récapitulatif des éléments de coût résiduel

Eléments de coût	Montants moyens(fcfa)
Médicaments	79070
Facturation de l'hôpital	40448
Transport (transfert)	1296
Déplacements lors du séjour	1768
Examens de laboratoire	8809
Autres dépenses	1002

Le coût résiduel est obtenu par la somme des montants des éléments du tableau n°15

CR = 79070 + 40448 + 1296 + 1768 +8809 + 1002 = 132 393

CESAG BIBLIOTHEQUE

CR = 132 393fcfa

Le coût résiduel fait 1,3 fois le montant pris en charge par l'Etat et environ 5 fois le revenu mensuel par tête du béninois.

VII.1.2.2. Coût d'opportunité

Le coût d'opportunité (CO) se fera par le produit du temps moyen perdu par le revenu moyen par tête du béninois. Ainsi on peut poser :

CO = (Séjfemme + Séjconj + Séjaccomp)* Rev /tête

a. Séjour moyen des femmes

Tableau XIII: Séjour moyen des femmes

Observation	Total	Moyenne	Variance	Ecart type
102	**673**	**6,6**	**28,9**	**5,38**
Minimum	**25%**	**Médiane**	**75%**	**Maximum**
0	**4**	**4**	**6**	**30**

Les femmes séjournent en moyenne 6jours dans les hôpitaux.

b. Séjour moyen des accompagnants

Tableau XIV : Séjour moyen des accompagnants

Observation	Total	Moyenne	Variance	Ecart type
102	599	5,87	32,27	5,68
Minimum	25%	Médiane	75%	Maximum
0	4	4	6	30

CESAG - BIBLIOTHEQUE

c. Séjour moyen conjoint

Tableau XV: Séjour moyen des conjoints

Observation	Total	Moyenne	Variance	Ecart type
102	180,0000	1,7647	16,7956	4,0982
Minimum	25%	Médiane	75%	Maximum
0	0	0	2	30

Le séjour des accompagnants est sensiblement égal à celui des femmes césarisées soit 6jours en moyenne alors les hommes restent à peu près 2jours à l'hôpital.

d. Revenu moyen par tête du béninois (Rev/tête)

Selon les données de la note sur la pauvreté réalisée dans le cadre l'Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages, 2ème édition de l'année 2011, le revenu par tête du Bénin est équivalent à 349 058 FCFA. En admettant que l'année compte 12 mois et que dans un mois nous avons 24 jours travaillés en moyenne, ce revenu par tête par jour est de 1212 FCFA. Calculons donc le coût d'opportunité CO.

→ Application numérique

Séjour moyen des femmes : 6,5980 jours
Séjour moyen des conjoints : 5,8725 jours
Séjour moyen des accompagnants : 1,7647 jours
Revenu moyen par tête du béninois : 1212 FCFA

CO = (6,5980 + 5,8725 + 1,7647)* 1212 = 14,2352 * 1212= 17253,0624

CO = 17253 FCFA

Le coût de la césarienne pour la femme, qui équivaut à la somme du coût résiduel et du coût d'opportunité, est donc égal à :

Coût = (132393+ 17253) FCFA = 149646FCFA

VII.1.2.3. Les statistiques des évasions à la CUGO

De nos investigations, il ressort que les cas d'évasions sont actuellement rares à l'HOMEL alors qu'il en existe encore au CNHU.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

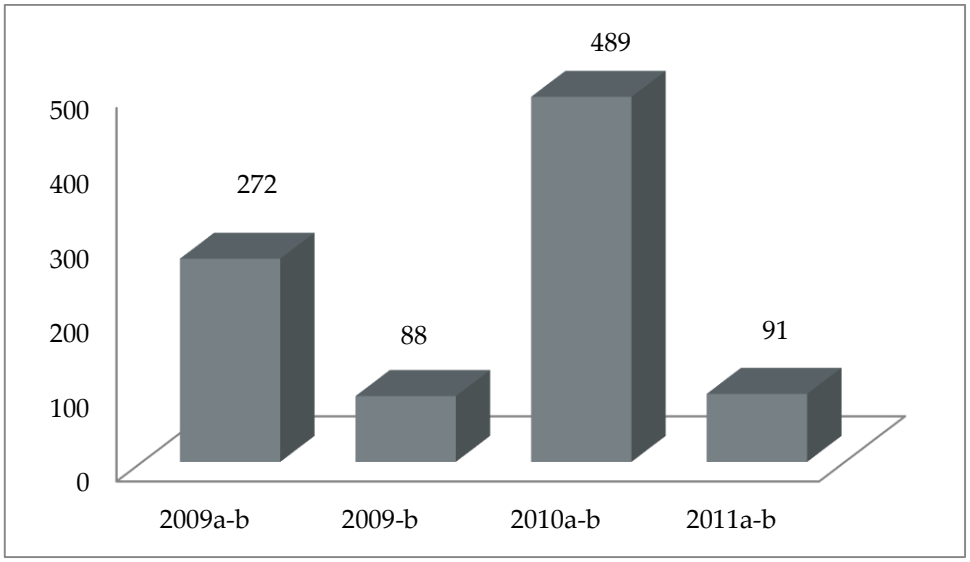


Figure n°9: Les statistiques des évasions à la CUGO

Les évasions des femmes à la CUGO sont en nette diminution passant de 360 cas en 2009 à 91 cas en 201. Les données de 2012 n'étant pas encore disponibles, on n'a pas pu apprécier le niveau en 2012.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

VII.1.2.4. Sources de financement des ménages

Tableau XVI: Recours au revenu du ménage

Revenu du ménage	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
OUI	98	96,1%	96,1%
NON	4	3,9%	100%
Total	102	100%	100%

Tableau XVII : Contribution des relations

Contribution des relations	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
OUI	**29**	**28,4%**	**28,4%**
NON	**73**	**71,6%**	**100%**
Total	**102**	**100%**	**100%**

Tableau XVIII : Recours au prêt

PRET	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage Cumulé
OUI	41	40,2%	40,2%
NON	61	59,8%	100,0%
Total	102	100,0%	100,0%

Tableau XIX : Recours à la cession de biens

CESSIONDEBIEN	Fréquence	Pourcentage	Cum Percent
OUI	1	1%	1%
NON	101	99%	100%
Total	102	100%	100%

Tableau XXI: Récapitulatif des sources de financements des ménages

	REVENU MENAGE	CONTRIBUTION RELATIONS	PRËT	CESSION DE BIENS
OUI	96,1%	28,4%	40,2%	1%
NON	3,9%	71,6%	59,8%	99%

CESAG - BIBLIOTHEQUE

On note que pour faire face aux dépenses, les ménages font recours au revenu du ménage dans 96,1% des cas, cumulativement avec le recours aux relations dans 28,4% des cas, au prêt dans 40,2% et seulement 1% de recours à la cession de biens.

VII.2. Evaluer l'impact sur l'équité d'accès de la politique de la gratuité de la césarienne

Un premier volet de notre travail a consisté à la revue documentaire et l'analyse des données secondaires extraites de multiples documents dont les annuaires statistiques 2009, 2010 et 2011, la liste des hôpitaux agréés dans le cadre de la politique de la gratuité de la césarienne, le document de l'Enquête Démographie et Santé 2006 puis le document de politique générale de l'ANGC. Et le second volet à consister l'analyse de l'état de connaissance des populations sur la gratuité de la césarienne résultant de notre enquête sur le terrain.

Les populations béninoises peuvent être réparties en cinq catégories économiques, dénommées quintile du bien-être économique, allant du quintile des plus pauvres au quintile des plus riches.

VII.2.1. Indices de pauvreté non monétaire par département en république du Bénin

Un indicateur de pauvreté humaine (IPH) est un indice permettant de caractériser le niveau de pauvreté d'un pays. L'IPH-1, adapté au classement des pays pauvres ainsi que des pays en développement (voir calcul en annexe).

Tableau XX : Indices de pauvreté non monétaire par département

	2009			2011		
	P_0(%)	**P_1**	**P_2**	**P_0(%)**	**P_1**	**P_2**
ALIBORI	**33,27**	**0,149**	**0,090**	**41,36**	**0,165**	**0,098**
ATACORA	**33,27**	**0,313**	**0,179**	**58,35**	**0,272**	**0,181**
ATLANTIQUE	**26,45**	**0,107**	**0,058**	**24,28**	**0,101**	**0,066**
BORGOU	**32,24**	**0,120**	**0,062**	**29,51**	**0,111**	**0,064**
COLLINES	**17,26**	**0,061**	**0,030**	**22,56**	**0,080**	**0,048**
COUFFO	**42,25**	**0,169**	**0,085**	**37,20**	**0,153**	**0,093**
DONGA	**21,41**	**0,074**	**0,039**	**23,75**	**0,079**	**0,043**
LITTORAL	**13,01**	**0,037**	**0,016**	**20,07**	**0,061**	**0,027**
MONO	**44,91**	**0,230**	**0,147**	**41,22**	**0,201**	**0,141**
OUEME	**19,50**	**0,081**	**0,045**	**20,08**	**0,070**	**0,043**
PLATEAU	**28,71**	**0,107**	**0,056**	**28,05**	**0,105**	**0,065**
ZOU	**32,26**	**0,130**	**0,069**	**27,94**	**0,110**	**0,066**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Source : INSAE, EMICoV 2010 et 2011 / NB : (.) = Erreur standard de la moyenne

P_0 : Incidence de la pauvreté globale en pourcentage

P_1 : La profondeur de la pauvreté

P_2 : La sévérité de la pauvreté

De ce tableau, nous avons procédé au classement des départements en nous basant sur une moyenne pondérée, ainsi les 12 départements peuvent être reclassés en 12 zones économiques.

VII.2.2. Classement des départements en zones économiques

Tableau XXI : Classement des départements en zones économiques selon l'indice de pauvreté 2011

ZONES ECONOMIQUES	*INDICE DE PAUVRETE (%)*	*N° D'ORDRE*
Littoral	***20,07***	***1er***
Ouémé	***20,08***	***2ème***
Collines	***22,56***	***3ème***
Donga	***23,75***	***4ème***
Atlantique	***24,28***	***5ème***
Zou	***27,94***	***6ème***
Plateau	***28,05***	***7ème***
Borgou	***29,51***	***8ème***
Couffo	***37,2***	***9ème***
Mono	***41,22***	***10ème***
Alibori	***41,36***	***11ème***
Atacora	***58,35***	***12ème***

Source: nous-mêmes

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Les 2 premiers départements économiquement riches, à savoir le Littoral 20,07% à et l'Ouémé 20,08%, sont du Sud alors que les 2 derniers, c'est-à-dire l'Alibori 41,36% et l'Atacora 58,35% sont du Nord du pays.

VII.2.3. Répartition des hôpitaux agréés sur les zones économiques

Cette partie permet de voir si toutes les zones ou départements ont eu relativement les mêmes chances dans le choix des hôpitaux agréés dans la mise en œuvre de la politique de la gratuité de la césarienne. A défaut de la carte sanitaire, nous nous sommes contentés des données de l'annuaire statistique 2010. Ainsi les infrastructures sanitaires se répartissent tel que présentées dans le tableau suivant.

Tableau XXII : Répartition des infrastructures sanitaires par Zone Sanitaire en 2010

Département/Zone Sanitaire	Espace hospitalo-univer-sitaire	CHD	HZ	Autres hôpitaux	CS complets	Dispensaire seul	Maternité seule	FS Confessionnelle	Officine	Dépôt privé
Alibori	0	0	3	0	41	16	5	0	5	0
Atacora	0	1	3	0	46	5	0	18	1	7
Atlanti-que	0	0	2	2	65	7	5	1	0	0
Borgou	1	1	4	1	69	15	11	0	16	0
Collines	0	0	3	0	50	6	5	0	5	0
Couffo	0	0	2	1	44	4	6	4	4	3
Donga	0	0	2	0	29	7	3	14	1	2
Littoral	2	0	2	3	15	2	1	4	0	0
Mono	0	1	2	0	38	2	11	4	5	4
Ouémé	0	1	1	0	65	15	0	0	0	0
Plateau	0	0	2	0	36	15	0	0	4	0
Zou	0	1	1	0	59	1	3	0	10	0
Bénin	3	5	27	7	557	95	50	44	51	16

Source : SGSI/DPP, 2010

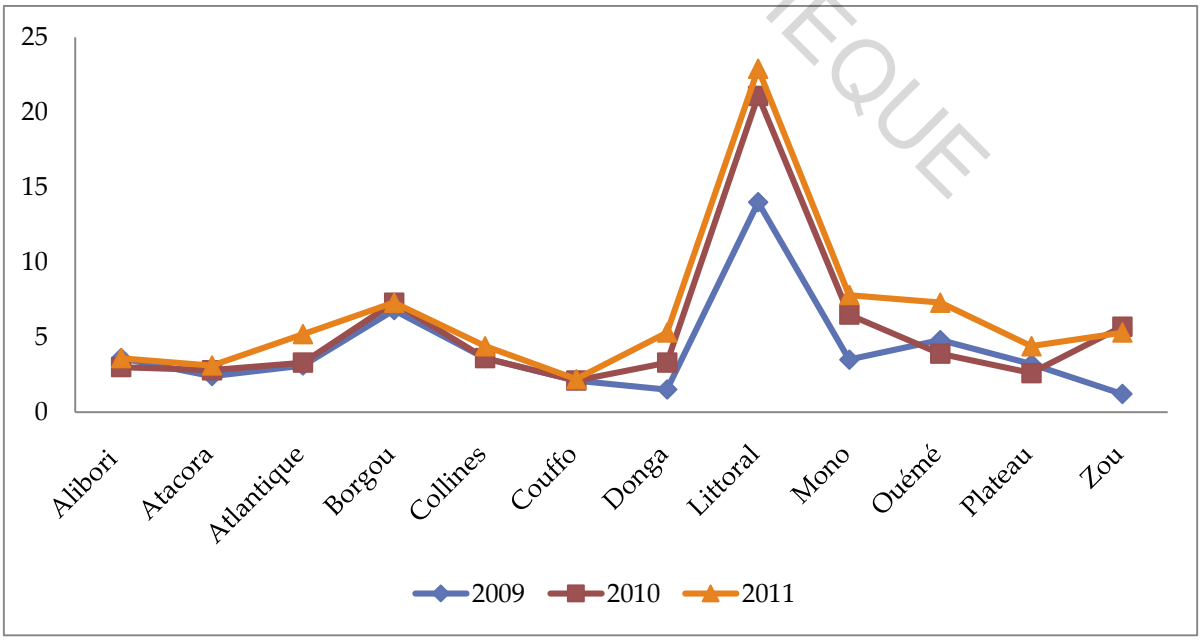


Figure 10: Evolution des taux de césariennes par zone économique de 2009 à 2011

CESAG - BIBLIOTHEQUE

VII.2.4. Etat de connaissance sur la gratuite et suggestions

Le niveau de vulgarisation de la politique s'ajoute à la disponibilité des hôpitaux agréés dans les départements et à l'évolution des taux de césarienne par département pour nous permettre de mieux évaluer l'impact de la politique sur l'équité d'accès.

a. Proportion de femmes qui savent que la césarienne est gratuite

Tableau XXIII: Proportion de femmes qui savent que la césarienne est gratuite

SAVCESAGRAT	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage Cumulé
Oui	**89**	**87,3%**	**87,3%**
Non	**13**	**12,7%**	**100%**
Total	**102**	**100%**	**100%**

SAVCESAGRAT=Saviez-vous que la césarienne est gratuite

b. Proportion de femmes informées selon les lieux de l'enquête

Tableau XXIV: Proportion de femmes informées au CNHU

SAVCESAGRAT	*Fréquence*	*Pourcentage*	*Pourcentage Cumulé*
Oui	***41***	***84%***	***84%***
Non	***8***	***16%***	***100%***
Total	***48***	***100%***	***100%***

Tableau XXV : Proportion de femmes informées à l'HOMEL

SAVCESAGRAT	*Fréquence*	*Pourcentage*	*Pourcentage Cumulé*
Oui	***47***	***89%***	***89%***
Non	***6***	***11%***	***100,0%***
Total	***53***	***100,0%***	***100,0%***

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Au regard des résultats des trois tableaux qui précèdent, on se compte que plus de 80% des femmes savaient que la césarienne est gratuite avant de se rendre à l'hôpital.

c. Sources d'information sur la gratuite

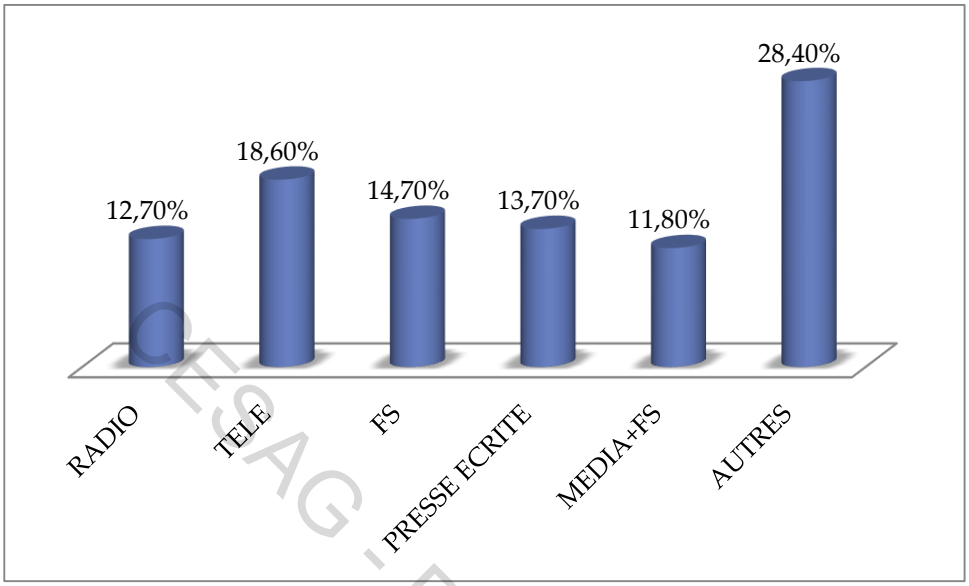


Figure 11: Sources d'information sur la gratuité

Plus 28% des femmes sont informées par d'autres canaux que ceux officiellement utilisés pour les informer.

d. Niveau de vulgarisation de la politique

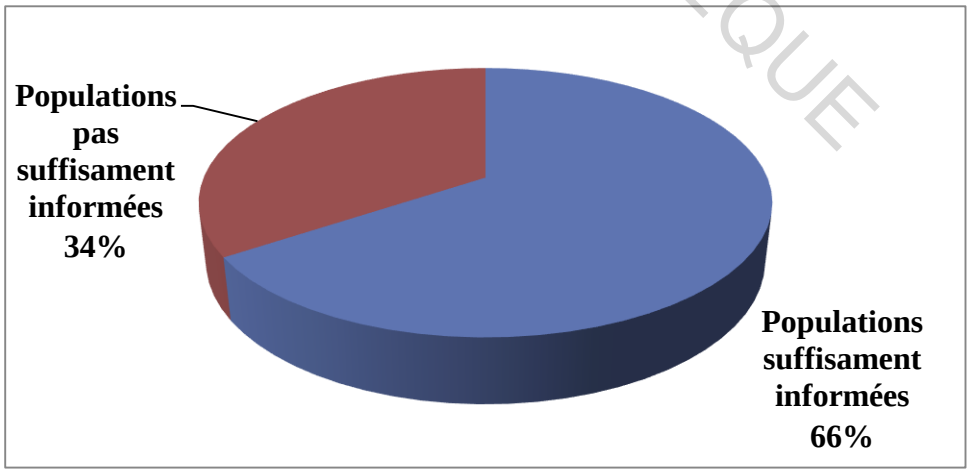


Figure 12: Niveau de vulgarisation de la politique

Deux femmes sur trois estiment que la population est suffisamment informée de la mesure de gratuité de la césarienne.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

e. Suggestions

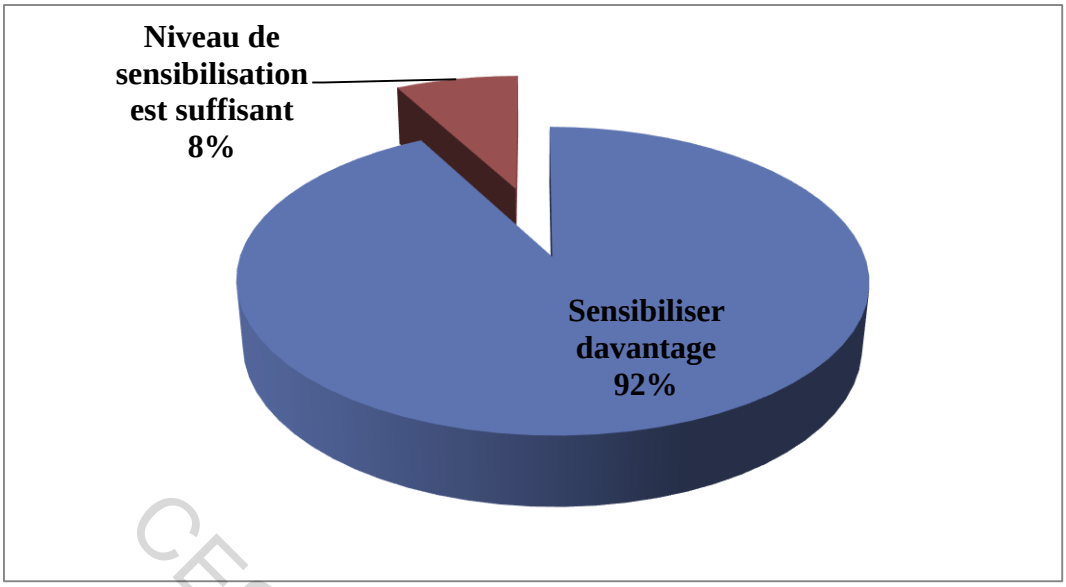


Figure 13 : Suggestion de plus communications sur la politique

Sur toutes les femmes enquêtées 8% déclarent que le niveau de sensibilisation est suffisant contre 92% qui suggèrent qu'on informe davantage. Ces dernières alors les canaux à emprunter pour réussir un taux de sensibilisation maximal (voir graphique qui suit)

CESAG - BIBLIOTHEQUE

f. Canal de sensibilisation

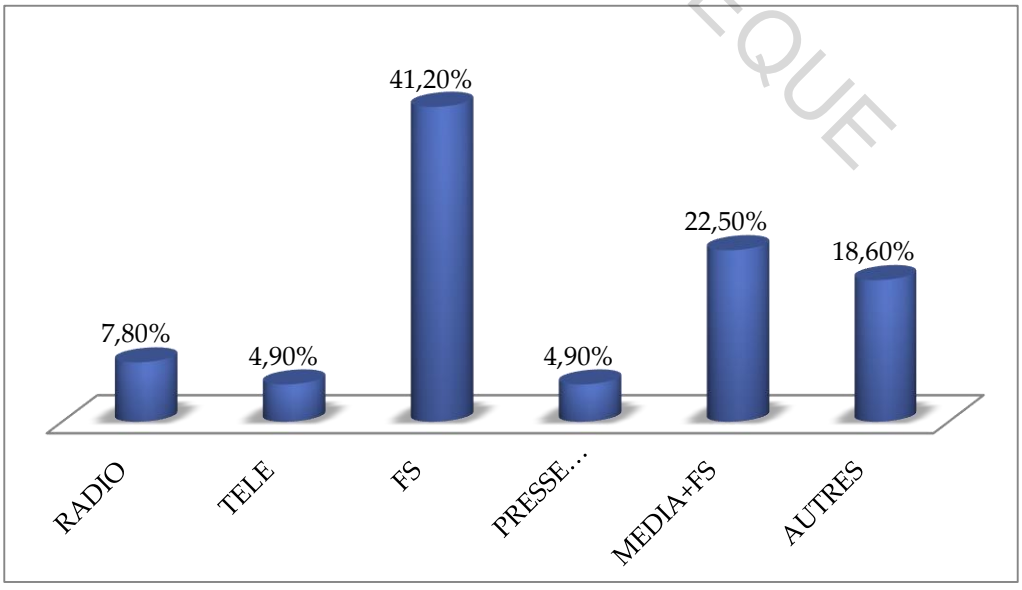


Figure 14: Proposition de canaux de sensibilisation

VII.3. Evaluer l'effet sur l'équité d'impact.

Tableau XXVI: Evolution de la mortalité maternelle au Bénin de 2009 à 2011 et répartie par département.

DEPARTEMENT	MORTALITE MATERNELLE POUR 100 000 NV EN 2009	MORTALITE MATERNELLE POUR 100 000 NV EN 2010	MORTALITE MATERNELLE POUR 100 000 NV EN 2011
ALIBORI	**211,3**	**213,8**	**219,4**
ATACORA	**59,7**	**195,1**	**212**
ALTLANTIQUE	**48,2**	**124,2**	**93,6**
BORGOU	**347,4**	**315,2**	**314,5**
COLLINES	**144,7**	**48,7**	**98,3**
COUFFO	**136,6**	**58,1**	**34,2**
DONGA	**64,0**	**176,1**	**129,4**
LITTORAL	**323,2**	**490,1**	**425,1**
MONO	**87,1**	**96,2**	**186,1**
OUEME	**188,0**	**168,5**	**265,7**
PLATEAU	**116,1**	**32,1**	**89,2**
ZOU	**82,6**	**239,9**	**321,3**
BENIN	**195,0**	**204,4**	**220,7**

CESAG BIBLIOTHEQUE

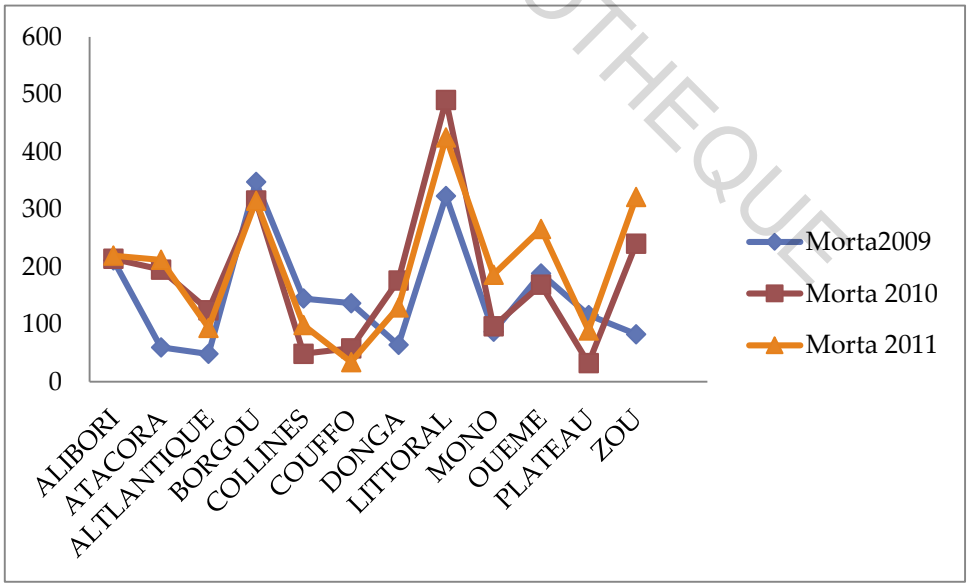


Figure 15: Evolution de la mortalité maternelle de 2009 à 2011 par département

Ces résultats ne semblent pas bien nous convaincre, car ils ne sont pas cohérents. Mais nous sommes contraints de les prendre ainsi, tout en y faisant attention dans nos interprétations car nous ne disposons pas d'autres données pour très bien mener notre étude.

Tableau XXVII: taux de mortalité néonatale précoce pour 1000 naissances vivantes au Bénin de 2009 à 2011

DEPARTEMENT	*DECES NEONATAL POUR 1 000 NV EN 2009*	*DECES NEONATAL POUR 100 000 NV EN 2010*	*DECES NEONATAL POUR 1000 NV EN 2011*
ALIBORI	***5,4***	***5***	***4,7***
ATACORA	***4,4***	***4,1***	***3,5***
ALTLANTIQUE	***5***	***3,7***	***5,5***
BORGOU	***7,3***	***7,1***	***7,8***
COLLINES	***4,8***	***5***	***5,6***
COUFFO	***7,3***	***6,7***	***6,3***
DONGA	***6,3***	***30,2***	***3,5***
LITTORAL	***3,5***	***13,9***	***18***
MONO	***9,9***	***6***	***5,9***
OUEME	***6,1***	***4***	***4,2***
PLATEAU	***5***	***4,7***	***4,2***
ZOU	***5,5***	***5,8***	***5,1***
BENIN	***6,5***	***7,4***	***6,6***

CESAG - BIBLOTHEQUE

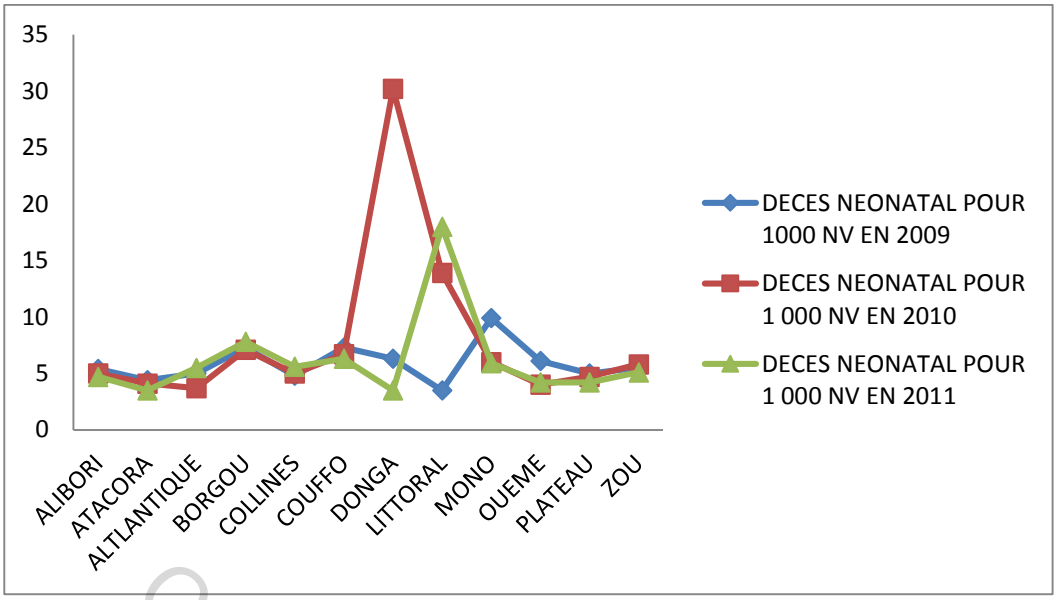


Figure 16: Evolution de la mortalité néonatale précoce de 2009 à 2011 par département

Le constat est le même que précédemment.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

VIII. Discussion

Notre étude a été réalisée sur une période de deux mois allant de septembre à octobre 2012 au sein de l'ANGC, de la CUGO au CNHU et de l'HOMEL. L'enquête est effectuée auprès de 102 femmes dont l'âge moyen est de 28ans pour une classe modale de 25 à 29ans. Toutes béninoises, elles sont pour 29% non scolarisées dont 8% alphabétisées, contre 71% de scolarisées. On n'y compte 13% de niveau universitaire. Cela semble être corrélé avec la réalité car la proportion de femmes universitaires serait sensiblement faible dans la population en général. Le niveau économique est majoritairement faible, 58% de revenu faible contre 39% de la classe moyenne et les autres appartiennent à la couche des plus riches. Il faut ajouter que 40,1% de ces femmes ont déjà fait au moins une fois une césarienne dont 22% ont déjà bénéficié de la gratuité de la césarienne.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

VII.1. Estimation de son effet sur la gratuité effective de l'accès

VII.1.1. Estimation du niveau d'atteinte du but visé par la politique

Notre étude a montré qu'il existe bel et bien un coût résiduel de la césarienne. Ce coût est évalué à un montant moyen proche de 130 000fcfa. Combien de ménages peuvent réellement faire face à cette charge financière vue l'euphorie qu'on a d'entendre que la césarienne est gratuite, alors que le revenu mensuel moyen par tête est 29088fcfa.

A cela s'ajoute un coût d'opportunité qui s'élève en moyenne à 17253fcfa. En plus d'avoir à payer un surcoût de la gratuité qui s'élève à plus d'une centaine de milles FCFA, il faut dépenser encore des sommes importantes dont la moyenne est de 17253 FCFA.

Ce qui fait que le coût de la césarienne pour la patiente qui est égal au coût direct moyen de la césarienne aujourd'hui pour les ménages est de 149 646fcfa. Ce coût direct fait une fois et demi le montant alloué pour rendre gratuite la césarienne.

En effet, ce montant ne représente pas seulement les frais de l'acte opératoire. Il est composé du reste à payer de l'acte opératoire après déduction des 100 000fcfa pris en compte par le gouvernement, des frais d'hospitalisation, des médicaments payés en post-opératoire qui constitue la masse la plus importante des composantes du coût ainsi calculé, des frais des bilans faits au cours et après l'intervention chirurgicale, des frais de repas et de déplacements des accompagnants et du coût d'opportunité.

Bien que les populations apprécient et saluent le geste fait par le gouvernement, il n'en demeure pas moins qu'elles remettent en cause la dénomination donnée à la prise en charge. Cela parce que la barrière financière n'est pas véritablement levée mais plutôt allégée. Le gouvernement parlant de gratuité de l'acte de la césarienne mais la population comprenant l'acte opératoire et les soins y afférents. Donc il conviendrait selon les résultats de nos enquêtes de parler de subvention de la césarienne que de parler de gratuité ou du moins d'expliquer aux populations ce qui est réellement pris en charge par le gouvernement tel que défini dans le document de la politique. Le paradoxe est la réévaluation des tarifs qui a été faite juste au lendemain de l'annonce de la mesure par les hôpitaux. Au CNHU en 2009, la césarienne se faisait à 96500fcfa qui du coup est passée à 125500fcfa, alors qu'à l'HOMEL la césarienne se faisant à 56400fcfa dont 36400fcfa pour l'acte et 20000fcfa pour l'anesthésie ce tarif n'a pas été révisé. Il en est sans doute de même dans certains hôpitaux. Mais à l'HOMEL contrairement au CNHU, le kit pour la rachis-anesthésie est vendu à 6500fcfa aux femmes, au moment où il est gratuit à la CUGO et ce n'est qu'en cas d'anesthésie générale que la sonde orotrachéale est prescrite aux femmes. Toutes ces stratégies ne sont pas de nature à accompagner le gouvernement dans ses politiques à réduire la pauvreté à défaut de l'éradiquer.

Ainsi pour faire face à ces dépenses, les sources de financement de ces ménages sont multiples et variés. Sur les 102 ménages enquêtés, 96,1% ont eu recours au revenu du ménage couplés avec la contribution des relations à hauteur de 28,4% ou cumulativement avec des prêts à proportion de 40,2% heureusement sans intérêt. Il n'existe que 1% qui a fait recours à la cession de biens. Nous constatons que de tous ces coûts, il n'y a pas eu de coûts indirects qui risqueraient de perturber la joie qu'apporte un nouveau-né dans une famille. Ces résultats semblent être un peu différents de ceux obtenus par Borghi et al dans une pareille étude en 2003. Ils ont mis à nus par cette étude aussi bien des coûts directs que des coûts indirects. A cela s'ajoute les cas d'évasions qui même s'ils sont en baisse ont connu une flambée en 2010 jusqu'à 429 avant de descendre en 2011 à 91. Les résultats de 2012 n'étant encore disponibles.

Au regard de tout ce qui précède, nous pouvons dire que la barrière financière n'est pas levée, mais un effort a été fait en faveur des ménages.

VII.1.2. Estimation du niveau d'atteinte de l'impact recherché

A l'issue de notre étude, nous devons prendre acte que la faiblesse du système d'information du ministère de la santé ne nous contraint à rester très prudent dans leur interprétation : trop d'invraisemblances criantes nous interdisent de tirer des conclusions fiables de ces données.

Si le taux de césarienne semble avoir connu une forte évolution (plus de 40%) allant de 5,1% en 2009 à 7,3% en 2011 passant par 6,2% au cours de l'année 2010, on ne peut réellement faire confiance à ces données.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

De même, en cherchant à observer l'évolution de la mortalité néonatale, on ne peut que constater l'invraisemblance de certains chiffres (triplement de la mortalité en un an).

Notre enquête nous permet par contre d'affirmer que, si la barrière financière au regard de la césarienne comme acte d'extraction de l'enfant est levée, l''intervention au sens large reste coûteuse. Comme la vie de la femme et de l'enfant sont en jeu, les ménages estiment qu'il reste encore un poids financier plus important que la part qui est prise en charge par le gouvernement. De plus, la politique de la gratuité n'a pas pu avoir l'impact recherché sur les mortalités maternelle et infantile.

VII.2. Evaluation de l'impact de la politique de la gratuité de la césarienne sur l'équité d'accès

VII.2.1. Classement des départements en zones économiques

Selon les résultats de notre étude, les 6 zones économiques les plus riches sont dans l'ordre décroissant : le Littoral, l'Ouémé, les Collines, la Donga, l'Atlantique, le Zou, alors que les 6 dernières dans le même ordre sont le Plateau, le Borgou, le Couffo, le Mono, l'Alibori et enfin l'Atacora. A l'exception de la Donga qui occupe la 4ème position, les zones économiques les riches sont toutes situées dans la moitié Sud du pays. Donc le pays présente deux paysages économiques ; la moitié Sud constituant le bloc le riche et la moitié Nord, le bloc abritant les départements les plus pauvres.

Alors que le Nord constitue le grenier du pays, la main d'œuvre agricole mérite de bénéficier des actions politiques et sociales. Une telle orientation aura une influence très positive sur l'économie nationale.

VII.2.2. Comparaison des cas de rupture de kit en fonction des zones économiques.

De nos enquêtes, il s'est révélé que l'ANGC a pré-positionné des kits dans tous les hôpitaux agréés et le soin leur est laissé de les renouveler aussitôt que le besoin se fait sentir. De nos entrevues avec les autorités en charge des services de gynéco-obstétriques, il n'y a pas de rupture de kit mais plutôt des manques d'éléments dans le kit. Mais ce manque n'a jamais influencé les pronostics des cas. Il est fourni par ceux gèrent le matériel qui les retirent de leurs dotations ordinaires. Les kits ne respectent tous la composition prévue par l'ANGC. De plus, le kit de la gratuité est seulement celui de l'anesthésie générale, celui de la rachis-anesthésie étant vendu à l'HOMEL. Par contre, au CNHU c'est le kit de l'anesthésie générale qui engendre une prescription supplémentaire de sonde orotrachéale car n'étant pas prévu dans le kit de l'ANGC.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Il se pose la question de savoir si l'ANGC a associé vraiment les praticiens à l'élaboration de la liste des produits composants le kit. Même si cela n'était pas fait, l'ANGC a en prévision de procéder à l'harmonisation de la composition des kits de césarienne comme recommandé dans l'étude prospective réalisée en amont de la politique.

VII.2.2.1. Répartition des hôpitaux agréés sur les zones économiques

Nous soulignons que le MS n'a pas une carte sanitaire disponible, ce qui pourrait affecter notre plan de travail. Mais en procédant à un croisement nous nous sommes rendu compte qu'un effort est fait pour équilibrer la répartition de ces hôpitaux. Mais notre inquiétude demeure toujours puisque dans certaines zones la distance à parcourir pour atteindre un hôpital agréé reste un problème. C'est le cas de l'Alibori où le transport médicalisé est encore un luxe et que le transport privé commercial n'est pas aussi fréquent comme dans le Borgou par exemple, de l'Atlantique-littoral et du Ouémé-Plateau où les formations sanitaires agréés sont concentrés dans les centres urbains. Sur 11 FS, 8 se trouvent dans le Littoral et 3 dans l'Atlantique. Au niveau de l'Ouémé Plateau, au nombre des 6 FS agréées, 3 sont à Porto Novo (Ouémé) qui n'est qu'une commune et les 3 restantes sont réparties dans les autres communes.

De ce type de distribution, il se pose un problème d'accessibilité géographique, donc d'équité d'accès.

VII.2.2.2. La distribution des taux de césariennes selon les zones économiques

Si l'on en croit les données extraites des annuaires statistiques 2009, 2010,2011 (voir tableau en annexe), on a constaté que le taux de césariennes est resté constant et faible dans les départements de l'Alibori, l'Atacora, l'Atlantique, le Borgou, les Collines, le Couffo et dans l'Ouémé ; alors qu'elle a connu une augmentation dans la Donga et le Littoral. Cette augmentation est passée du simple au quintuple dans le zou. Ces résultats sont très favorables aux zones économiques riches au détriment des autres zones. Cela pourrait se justifier par le niveau de connaissance qu'ont déjà les populations de ces localités sur l'utilité et le pronostic vital. Les autres étant sous informées sur les avantages et utilité de la césarienne. Alors que notre étude a révélé que 87,3% des femmes savaient que la césarienne est gratuite, mais malheureusement 28,4% ne l'ont pas reçues par le biais de canal sûr. De plus, 66% estiment que les populations ne sont pas suffisamment informées. Ainsi 92% ont donc suggéré qu'on vulgarise davantage et pour 41,02% en utilisant les sensibilisations dans les formations sanitaires, sans oublier que certaines femmes ont proposé des sensibilisations de proximité en utilisant les services des crieurs publiques et organisant des séances dans les arrondissement et communes avec le concours des élus locaux.

CESAG BIBLIOTHEQUE

VII.3. Effet de la politique de gratuité de la césarienne sur l'équité d'impact

Les résultats de notre étude sur certains indicateurs tels que la mortalité maternelle et la mortalité néonatale paraissent alarmants. Sur les douze départements reclassés en douze zones économiques, il n'y a que quatre qui présentent une baisse timide de leurs taux, soit 52,4 points en moyenne de moins qu'en 2009.Il s'agit des départements du Borgou, des Collines, du Couffo et du Plateau qui respectivement classés 8ème, 3ème, 9ème et 7ème selon le classement en zones économiques que nous avons fait dans notre étude. Pour les autres départements, les résultats ne se sont pas améliorés. Malheureusement, les départements classés derniers économiquement ont enregistré des mauvais taux qui éveillent les critiques sur des disparités soupçonnées.

Quant aux résultats sur les taux de mortalité néonatale, nous remarquons que c'est seulement trois départements qui présenteraient des taux à la hausse avec un gain de 5,27 points en moyenne pour un maximum de 14,5 pour le Littoral. Les deux autres à savoir le Borgou et les Collines auraient connu une augmentation de moins de 1point. Ces départements sont respectivement classés 1er, 8ème et 3ème économiquement. Les taux dans ce cas ne reflètent pas un état de disparité. Car le Littoral qui présente un taux assez élevé abrite les grands centres de référence donc ce taux ne lui est pas très spécifique quoique nous ne pouvons pas être trop affirmatifs. De façon globale, nos résultats au regard des mortalités maternelle et néonatale par département ne semblent pas être en faveur d'une équité dans la distribution des impacts de la politique.

CESAG-BIBLIOTHEQUE

Prestataires

Sur les 20 agents de santé interrogés, tous ont répondu qu'il n'y a plus des cas de séquestration pour non-paiement dans le cadre de la césarienne.

La mesure a permis une réduction considérable du délai d'attente de la césarienne, dû au problème financier.

Dans les hôpitaux, les agents de santé se plaignent du manque de motivation du personnel impliqué dans l'opérationnalisation de la mesure sur le terrain.

En ce qui concerne la question de l'équité, 13 agents sur les 20 soit 65% estiment que la gestion de la politique n'est pas tout à faire équitable.

A l'HOMEL, il n'y a plus de cas d'évasion liée à la césarienne mais au CNHU, les évasions continuent même si le nombre de cas est faible, passant de 272 cas en 2009 à 91 cas en 2011. Par rapport à la rupture des kits, nos résultats ont montré qu'il n'y a plus de rupture, mais plutôt des composantes qui manquent et qui sont fournies par les responsables du bloc qui les prennent dans leur dotation ordinaire.

Conclusion

Comme dans beaucoup de pays en voie de développement, la gratuité ciblée des soins à l'instar de la gratuité de la césarienne reste une politique sociale pour améliorer le quotidien des populations et pour atteindre les OMD. Elle vise à lutter contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale puis à réduire leur impact économique. Ce travail vise à vérifier si ces objectifs sont atteints et mesurer l'équité au regard de la politique.

Les résultats de notre étude rétrospective d'évaluation portant sur la période de 2009 à 2011 pour toute l'étendue du territoire couplée d'une étude prospective sur une population de 102 femmes césarisées choisies de façon aléatoire, 20 personnels de santé et 10 responsables du CNHU et de l'HOMEL nous ont permis d'avoir certaines idées sur l'état de mise en œuvre de la politique de la gratuité de la césarienne.

Il en résulte que :

Le coût résiduel et le coût d'opportunité de la césarienne gratuite de nos jours dans le département du Littoral est de 148744 FCFA. Cette somme semble importante et pas facile à supporter pour le citoyen béninois vu son revenu moyen. Il ne serait pas exagéré de dire que ce coût peut se retrouver dans les autres départements du pays mais de façon relatifs quoique des femmes peuvent subir la césarienne sans rien payer. Cependant, la barrière financière n'est pas levée comme recherchée mais plutôt réduite. Cela se voir à travers le recours à d'autres sources de financements que le seul revenu du ménage.

La couverture du territoire en césarienne évolue bien, passant de 5,1% à 7,3% en trois ans. C'est un pas qui mérite d'être soutenu, mais on est loin de la norme donc encore plus d'effort pour y arriver. Par ailleurs, les résultats spécifiques confortent un peu le constat fait au plan général dans l'évolution du taux de couverture en césarienne, quoique 2 départements classés parmi les plus pauvres se retrouvent avec des résultats statiques.

En termes d'impact, la mortalité néonatale ne semble pas s'être améliorée de 6,5 pour 1000 NV en 2009, elle a atteint 6,6 pour 1000NV en 2011.Ces résultats s'alourdissent par la mortalité maternelle qui s'est aggravée passant de 195 pour 1000VN en 2009 à 220,7 pour 1000 en 2011.

D'une façon globale, ces résultats peuvent être imputés en partie à la cartographie sanitaire du pays qui respect pas toujours la proximité avec les populations et la disponibilité des ressources humaines nécessaires aux prestations de services.

CESAG BIBLIOTHEQUE

Par ailleurs, notre étude souffre de quelques insuffisances telles que le choix du Littoral qui est un département économiquement riche qui pourrait être un biais à nos résultats, mais les contraintes de temps et de moyens ne nous ont pas laissé le choix de parcourir le Bénin profond. La faible fiabilité des données officielles en est une autre.

Cependant, les résultats issus de notre enquête peuvent être généralisés à tout le pays tout en relativisant les coûts obtenus. Cette relativité est due au fait que le plateau technique déployé dans les autres centres hospitaliers ne valent pas les mêmes coûts que les hôpitaux où se sont déroulées nos enquêtes encore qu'il s'agit des centres universitaires qui sont des lieux de recherches scientifiques.

Les résultats issus de nos travaux paraissent nous amener à dire que la politique de la gratuité de la césarienne telle que menée n'aurait pas amélioré les inégalités du système de santé. L'accessibilité financière et géographique reste encore un problème pour certaines couches de la population béninoise malgré les efforts déployés par le gouvernement et les spécialistes de la santé. Les populations ne sont pas suffisamment informées et surtout sur le contenu exacte de la mesure de la gratuité Néanmoins la politique de la gratuité de la césarienne a permis des avantages certains. On note que le temps d'attente est presque nul puisque les produits nécessaires à l'acte opératoire ne dépendent plus des ménages, la qualité des prestations des personnels s'est améliorée.

CESAG-BIBLIOTHEQUE

Recommandations

L'analyse des résultats obtenus à l'issue de notre étude mérite qu'on fasse quelques recommandations aux diverses structures intervenant dans l'opérationnalisation de la politique de la gratuité de la césarienne en République du Bénin.

A l'endroit du Ministère de la santé :

Améliorer la complétude des données statistiques : ne pas publier sans commentaire des statistiques incomplètes

Réaliser la carte sanitaire du Bénin en vue de permettre d'avoir une idée exhaustive de la disponibilité des formations sanitaires opérant sur toute l'étendue territoire national et de savoir exactement lesquelles agréer pour rapprocher la politique des cibles

Doter toutes les communes dans la mesure du possible des formations sanitaires avec des antennes d'urgences obstétricales

Promouvoir les soins de santé primaires à la base pour prévenir les complications conduisant à la césarienne.

Renforcer la capacité technique et d'accueil des hôpitaux afin de rendre adéquate l'offre face à la demande de plus en plus croissante.

Former et redéployer du personnel technique en vue de pallier au déficit en ressources humaines qualifiées.

Mettre en place un mécanisme de motivation du personnel afin qu'il s'approprie la politique.

Mettre en place des mécanismes de stabilisation des tarifs de césarienne dans les hôpitaux

Evaluer le coût résiduel de la césarienne encore à la charge des ménages et rechercher les ressources possibles à son financement

Faire passer le décret d'institution de la politique de la gratuité en loi pour garantir la pérennité de la mesure et de son financement.

A l'endroit de l'ANGC

Harmoniser le kit de césarienne en y associant le personnel technique des hôpitaux agréés.

Sensibiliser d'avantage les populations en précisant le contenu de la mesure de la gratuité en utilisant tous les canaux de communication possibles.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

A défaut de cellules départementales, doter le nord et le centre du pays d'antennes pour rapprocher les hôpitaux de l'agence.

Organiser des séances de formation du personnel sur les procédures de prise en charge des femmes enceintes et sur la nécessité de référer les cas susceptibles de subir des césariennes.

Mettre en place un mécanisme de suivi évaluation des effets et impacts de la politique de la gratuité en vue de son amélioration.

Réviser le montant alloué aux hôpitaux agréés relativement à leur niveau dans la pyramide sanitaire pour ne pas influencer leur performance.

En attendant une éventuelle hausse générale du montant alloué, associer les services sociaux des hôpitaux pour aider les ménages qui sont réellement démunis qui ont besoin d'assistance.

Promouvoir le planning familial pour aider les ménages à adopter l'espacement des naissances

A l'endroit des ménages

Adopter le planning familial pour un bon espacement des grossesses

Planifier les accouchements et se faire suivre par un personnel qualifié afin d'éviter les surprises financières désagréables

Fréquenter régulièrement les formations sanitaires et s'informer sur les diverses conditions de jouissances de soins.

Faire passer les informations de la gratuité au sein de la population.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Bibliographie

ANGC, Politique générale de l'Agence Nationale de la Gratuité de la Césarienne

ANGC, Rapport de la première année d'activité, 2009

ANGC, Rapport de la deuxième année d'activité, 2010

ANGC, Rapport de la deuxième année d'activité, 2011

Le Ministère de la Santé, la Direction de la Santé Familiale et le Programme d'Appui aux Activités de la Santé de la Reproduction/ SCEN AFRIK, Etude de l'offre gratuite des soins aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes, y compris la césarienne, Rapport provisoire OCT 2008

INSAE, Enquête Démographique et Santé, Bénin 2006

FMI, Bénin: Stratégie de Réduction de la pauvreté 2011-2015

ISSAM Bennis, Gratuité de la césarienne au Maroc : étude de cas de la province de Moulay Yacoub, Mémoire de master en Administration Sanitaire et Santé Publique/Management des services de santé, INAS Maroc, Juillet 2010, 94p.

BEWELI Essotoma, Analyse de la filière de soins obstétricaux dans un nouveau contexte de gratuite des accouchements à l'hôpital: Cas de la province de Settat, Management des services de santé, Mémoire de master en Administration Sanitaire et Santé Publique/Management des services de santé, INAS Maroc, Juillet 2010, 83p.

RIDDE Valery, Equité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso, L'Harmattan , 2007

RIDDE Valery, Une recension des écrits scientifiques sur l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé en Afrique, Université de Montréal 2009,

Joséphine Borghi et al, les coûts des soins obstétricaux et leurs conséquences sociales et économiques pour les ménages, Studies in HSO&P, 25, 2008

Alain JOURDAIN, L'équité d'un système de santé : données actuelles et perspectives dans le cas français. École Nationale de la Santé Publique, Rennes, France

INSAE, EMICoV 2ème édition, Note sur la pauvreté au Bénin, 2011

OMS, Surveillance des Soins Obstétricaux d'Urgence : Manuel d'utilisation, 2011

OMS, Guide pour une maternité sans risque « le dossier Mère-Enfant », Programme de santé maternelle. Division de la santé de la famille. Genève 1994.

OMS, Eléments essentiels des soins obstétricaux au niveau de recours, Genève : OMS, 1992

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Les contraintes des malades hospitalisés à la maternité de référence à Niamey, Cahier de santé, Vol 6 n°6, novembre- décembre 1996

Prural, Grossesse et accouchement en Afrique de l'ouest, vers une maternité à moindre risque. Vol 11 n°2, santé publique, 1999

Dr. Souleymane Diallo Représentant de l'UNICEF au Benin, GRATUITE DE LA CESARIENNE AU BENIN, Janvier 2010 Dakar

Consortium DETERMINE, Améliorer l'équité en santé par le biais des déterminants sociaux de la santé dans l'union européenne, Septembre 2008

Lise ROCHAIX et Sandy TUBERF Equité en Santé : apport de l'analyse économique et perspective de recherche,

Lise ROCHAIX et Sandy TUBEUF, Mesures de l'équité en santé. Fondements éthiques et implications, Presses de Sciences Po, Revue économique, 2009/2 - Volume 60

Césarienne au Sénégal : Couverture de besoins et qualité des services, Cahier de « Santé », Vol8, n°5, octobre-septembre 1998

Banque mondiale : Rapport sur le développement dans le monde : investir dans la santé,1993.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexes

Tableau XXVIII: Composition du kit de césarienne

N°	DESIGNATION	Quantité par kit
1	**Atropine Sulfate inj 1m/ml- amp 1ml**	**2**
2	**Oxytocine 10 Ul/ml-amp de 1ml**	**6**
3	**Chlorure de sodium 10%-amp 10 ml**	**6**
4	**Ampicilline 1 g injectable-flacon**	**9**
5	**Eau pour préparation injectable - amp 10 ml**	**9**
6	**Gentamicine 40 mg/ml inj-amp 2 ml (80 mg)**	**6**
7	**Diazépam 10 mg injectable -amp**	**2**
8	**Quinine 300 mg/ml inj-amp 2 ml (600 mg)**	**6**
9	**Métronidazole 500 mg/100 ml inj-flacon verre 100 ml**	**6**
10	**Chlorure de potassium 10% amp 10 ml**	**3**
11	**Gluconate de calcium 10% - amp 10 ml**	**3**
12	**Vitamine K1 naturel pour nouveau-né amp-10ml**	**1**
13	**Métamizole sodium 500 mg in amp 2 ml**	**4**
14	**Bupivacaïne 0,5% inj-flacon 20 ml**	**1**
15	**Ringer lactate 500 mg flacon**	**3**
16	**Sérum glucosé 5% flacon de 500 ml**	**6**
17	**Sérum salé 0,9% flacon 500mg**	**4**
18	**Cathéter G20**	**3**
19	**Perfuseur**	**3**
20	**Poche à urine 2 L avec vidange**	**1**
21	**Seringue hypodermique 10 ml + aiguille**	**12**
22	**Sparadrap 18 cm (2 mètres)**	**2**
23	**Sonde vésicale de Foley n°16**	**1**
24	**Gants de chirurgie n° 7,5 Paire**	**3**
25	**Gants de chirurgie n° 8 Paire**	**3**
26	**Aiguille à ,ponction Lombaire G 20**	**1**
27	**Polyvidone lodée jaune 200 ml**	**1**
28	**Polyvidone lodée rouge 200 ml**	**1**
29	**Ether 125 ml (flacon)**	**1**
30	**Compresse stérile 40 x 40 Bte de 10**	**3**
31	**Vicryl 90 cm VTT Violet Dec 4 (3cm Aig 1/2 c ronde)**	**2**
32	**Fil vicryl 90 cm VTT Violet Dec 5 (3 cm Aig 1/2 c ronde)**	**3**
33	**Fil à peau Nylon Monofil Bleu 90 cm Dec 3 cm Aig ½**	**1**
34	**Triangulaire (ETHYLON*B)**	**28**
35	**Amoxicilline 500 mg comprimé Blister**	**20**
36	**Métronidazole 250 mg comprimé Blister**	**30**
37	**Quinine 300 mg comprimé Blister**	**20**
	Paracétamol 500 mg comprimé Blister	

Source : ANGC - KIT CESARIENNE 2009

CESAG BIBLIOTHEQUE

Tableau XXX: Définition des variables

Objectifs spécifiques	*Variables nécessaires*	*Méthodes*	*Sources*
1. Evaluer le coût de la césarienne pour la patiente 1.1. Estimer dans quelle mesure la politique a atteint son but 1.2. Estimer dans quelle mesure l'impact recherché a été atteint	*Coût résiduel de la césarienne pour les ménages* *Coût d'opportunité du temps passé* *Evolution des taux de couverture en césarienne* *Evolution des taux de mortalité maternelle* *Evolution des taux de mortalité néonatale*	*Enquêtes* *Revue documentaire :* *Rapports d'activité 2009-2012,* *Annuaires statistiques 2009-2011* *Interviews* *Rapport d'activités*	*Ménages* *ANGC,* *Ministère de la Santé.* *Prestataires*
2. Evaluer l'impact de la politique de la gratuité de la césarienne sur l'équité d'accès 2.1. Comparer les cas de rupture de kit en fonction des zones 2.2. Classer les zones en catégories socio-économiques 2.3. Répartir les hôpitaux agréés sur les zones économiques 2.4. Répartir les taux de césarienne selon les zones	Taux de rupture des approvisionnements en kits par zone. Taux de pauvreté ou PIB par tête Taux de pauvreté par zone Carte sanitaire et répartition des hôpitaux agréés pour la gratuité de la césarienne: niveaux et évolution	*Entretien avec les prestataires et les autorités de l'ANGC* *Revue documentaire :* *Documents Rapport national sur la pauvreté,* *Annuaires statistiques 2008-2012,* *Carte sanitaire* *Rapports d'activités,* *Document de projet(ANGC)* *Documents OMS*	*Prestataires* *Ménages* *Ministère de la santé* *ANGC* *Site OMS*
3. Evaluer l'effet sur l'équité d'impact *3.1. Sur la mortalité maternelle* *3.2. Sur la mortalité néonatale*	*Evolution des taux de mortalité maternelle par département : niveaux et évolution* *Evolution des taux de mortalité néonatale par département: niveaux et évolution*	*Revue documentaire : annuaires statistiques 2009-2011,* *Rapport d'activités 2009-2011, Rapports OMS*	*ANGC, Ministère de la Santé, Bureau National OMS ou site web OMS*

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Procédure de calcul de l'IPH

L'IPH-1, adapté au classement des pays pauvres ainsi que des pays en développement. Il est calculé à partir des indicateurs suivants :

* indicateur de longévité (P1) ;-espérance de vie
* indicateur d'instruction (P2) ;
* indicateur de conditions de vie (P3)

Il se calcule par la formule ci-après

$$IPH_1 = \sqrt[3]{\frac{P_1^3 + P_2^3 + P_3^3}{3}}$$

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Cet indicateur, nous l'adaptons dans notre contexte aux douze départements constituant le pays. De plus nous prenons l'IPH non monétaire.

L'incidence de la pauvreté globale (P0) est le pourcentage de la population (ou de ménage) qui n'arrive pas à couvrir ses besoins alimentaires et non alimentaires représentés par le seuil de pauvreté. Généralement, P0 est présenté en pourcentage.

La profondeur de la pauvreté (P1) indique la distance à laquelle les ménages se trouvent de la ligne de pauvreté. Elle enregistre le déficit collectif moyen de revenu ou de consommation par rapport à la ligne de pauvreté pour l'ensemble de la population.

La sévérité de la pauvreté (P2) donne des indications sur l'écart de pauvreté, mais surtout mesure l'inégalité parmi les pauvres. Elle attribue une pondération plus importante aux ménages situés à une plus grande distance du seuil de pauvreté. La prise en compte de la sévérité permet d'évaluer les conditions de vie des plus pauvres qui ne peuvent pas sortir de la pauvreté sans action ou assistance extérieure.

Enquête sur l'équité dans la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne en République du Bénin

Dans le cadre de mes recherches pour la rédaction de mon mémoire de fin d'étude pour l'obtention d'un DESS en Economie de la Santé. Je vous serais reconnaissant si vous acceptiez de me consacrer quelques minutes à propos de votre situation sociale, du déroulement de votre césarienne et combien elle vous a couté. Je vous assure de la confidentialité des données et de votre anonymat. Vous pouvez vous abstenir de répondre aux questions posées et même arrêter l'entretien à n'importe quel moment.

Questionnaire ménages

CESAG - BIBLIOTHEQUE

1. IDENTIFICATION ET CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES

1.1. Identité de l'enquêtée

Nom :……Prénom(s) :……

Age :……ans

1.2. Niveau d'instruction :

Non-alphabétisée ☐

Alphabétisée ☐

Primaire ☐

Secondaire ☐

Universitaire ☐

1.3. Niveau socio-économique

Quelle est votre principale occupation? Encerclez la réponse.

1. ***Sans emploi***
2. ***Ménagère***
3. ***Etudiante/Elève***
4. ***Paysanne***
5. ***Apprentie***

6. ***Ouvrier***
7. ***Commerçante***
8. ***Employée du secteur public ou privé***
9. ***Autre ? Citez***

1.4. Si vous deviez situez le niveau économique de votre ménage, que diriez-vous :

1. ***Plus aisé (Riche)***
2. ***Moyennement riche***
3. ***A faible revenu***

CESAG - BIBLIOTHEQUE

2. ETAT DES CONNAISSANCES SUR LA GRATUITE DE LA CESARIENNE

2.1. Saviez-vous que la césarienne est gratuite ? Oui ☐ Non ☐

2.2. Par quelle source le saviez-vous ? (encerclez la réponse)

- ***Radio***
- ***Télévision***
- ***Presse écrite/ Revue de presse***
- ***Centre de santé (IEC/CCC)***
- ***Autres, citez-les.....***

2.3. Pensez-vous que la population est suffisamment informée que la césarienne est gratuite ? Oui Non

2.4. Pensez-vous qu'il faut d'avantage de communication (sensibilisation) ?

Oui ☐ Non ☐

2.5. Par quel moyen ? Radio – Télévision – IEC/CCC lors des visites dans les formations sanitaires – Autres

3. DEPENSES

3.1. Combien de fois êtes-vous césarisée ? ……..

3.2. Dans quelle(s) structure(s) avez-vous été césarisée et quand?

- ✓ *……..*
- ✓ *……..*
- ✓ *……..*

CESAG - BIBLIOTHEQUE

3.3. Aviez-vous déjà bénéficiez de la gratuité de la césarienne avant ?

Oui ☐ ***Non*** ☐

3.4. Pour cette césarienne, combien avez-vous dépensé?

- ***Facturation de la formation sanitaire :***
  - ***Pour l'acte de la césarienne……..***
  - ***Pour les médicaments……..***
  - ***Pour les examens biologiques……..***
  - ***Pour la radiologie/échographie……***
  - ***Pour le kit accessoire……..***
  - ***Pour la carte d'accès……***
  - ***Autres soins…….....***

3.4.1. Règlement financier

- ***Type de paiement de vos prescriptions ?***
  - ***Caisse ? Oui*** ☐ ***Non*** ☐
    - ***Si oui,***
      - ***Combien ?.....***
      - ***Avez-vous pris des reçus ?.....***

- ***Paiement mains à mains ? Oui ☐ Non ☐***
  - ***Si oui,***
    - ***Contre reçu ou décharge ?.....***
    - ***Combien avez-vous payé ?.....***

3.4.2. Hospitalisation :

- ***Avez-vous demandé une salle spéciale ? Oui ☐ Non ☐***
- ***Si oui, combien avez-vous payé?.....***
- ***Ce montant est-il pris en compte par la gratuité ? Oui ☐ Non ☐***

3.4.3. Suivi en dehors de la formation sanitaire

- ***Pendant l'admission……..***
- ***Prescrits à la sortie……...***

3.4.4. Contraintes de la césarienne sur la césarisée

- ***Provenance……***
- ***Avez-vous changé de logement pour être à proximité du centre de santé ?***
- ***Combien de fois votre conjoint se déplace-t-il pour vous voir par jour ?***

3.4.5. Autres dépenses :

- ***Avez-vous d'accompagnant(e)s ? Oui ☐ Non ☐***
- ***Combien ?……***
- ***Combien parmi eux travaillent-ils?***
- ***Combien de jours en moyenne sont-ils restés auprès de vous ?.....***
- ***Combien dépensez-vous pour leurs repas et le transport par jour ?.....***

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Etes-vous référée pour la césarienne ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, avez-vous payé le transport ?

- ***Non ☐***
- ***Oui ☐ Combien ?***

4. SOURCES DE FINANCEMENT :

Comment avez-vous obtenu l'argent nécessaire ?

(Indiquer en pourcentage si possible)

- ***Ressources habituelles du ménage……..***
- ***Cession de biens……..***
- ***Contributions de relations……..***
- ***Mutuelle ……***
- ***Autres……..***

5. DUREE D'ABSENCE DE DOMICILE

5.1. Combien de temps avez été absent de chez vous ?

La femme.....

Le conjoint.....

Accompagnant(s)……..

- ***Comment effectuez-vous vos déplacements ?…….***
- ***Durée des soins……..***
- ***Autres……..***

Cible associée : Conjoint

Age :

Niveau d'instruction :

Profession :

Je vous remercie de votre disponibilité.

Personne interviewée en plus de la femme au cours de son hospitalisation :

Juste la femme------, femme et mari-------, femme et fratrie------femme et parents

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Questionnaires ANGC

Je vous prie de bien vouloir m'accorder une dizaine de minutes pour répondre à ce questionnaire qui représente une étape importante dans la collecte des données pour la rédaction de mon mémoire de fin d'études sur « l'évaluation de l'équité dans la mise en œuvre de la politique de la gratuité en république du Bénin » au Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion.

1. ***Existe-t-il un document de projet ?***
2. ***Y a-t-il les rapports des trois années de mise en œuvre de la politique ?***
3. ***Par quels moyens ou mécanismes collectez-vous les dossiers des césariennes auprès des formations sanitaires agréées ?***
4. ***Quels sont les délais moyens de remboursement des frais aux formations sanitaires selon les départements?***
5. ***Vous arrive-t-il de connaître de retard dans le pré-positionnement des kits dans les hôpitaux ? quelles sont les durées moyennes selon les départements ?***
6. ***Quelles alternatives leur proposez-vous en attendant la disponibilité des kits ?***
7. ***Par quels mécanismes contrôlez-vous le respect de l'application correcte de la politique ?***
8. ***Sur quelle base avez-vous sélectionné les hôpitaux inscrits dans le cadre de la politique ?***
   - ***Ces hôpitaux sont-ils exhaustifs dans la mise en œuvre de la politique ou bien ils sont choisis pour la phase pilote ?***
   - ***Que faire pour inscrire les autres centres dans la politique ?***
9. ***Etes-vous informés de ce que les femmes payent lors de leurs passages à l'hôpital ?***
10. ***Autre***

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Questionnaire prestataires

Je vous prie de bien vouloir m'accorder une dizaine de minutes pour répondre à ce questionnaire qui représente une étape importante dans la collecte des données pour la rédaction de mon mémoire de fin d'études sur « l'évaluation de l'équité dans la mise en œuvre de la politique de la gratuité en république du Bénin » au Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion.

NB : Vous pouvez ne pas répondre à l'une des propositions en cas d'absence d'information

1. ***Quel est le paquet de service que supporte la gratuité de la césarienne ?***

……
……
……
……
……

2. ***Facturation aux femmes***

   2.1. Que facturez-vous aux femmes ?

   - ***L'acte de la césarienne ?***
     - ***Si oui, à combien ?.....***
   - ***Le kit de la césarienne ? Oui ☐ Non ☐***
     - ***Si oui, à combien ?***
   - ***Les médicaments ? Oui ☐ Non ☐***
     - ***La politique ne prend-elle pas en compte ces médicaments ?***
   - ***Les frais d'hospitalisation ? Oui ☐ Non ☐***
   - ***Si oui, jusqu'à combien de jours ?.....***

3. ***Connaissez-vous parfois des ruptures de kit de césarienne ?.....***

Si oui, durée moyenne de la rupture :……..

4. ***Pendant ce temps de rupture, comment les femmes acquièrent-elles le matériel nécessaire ?***

   - ***Les payent-elles ?***
     - ***Si oui à combien ?.....***

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Si non comment procédez-vous ?

5. Y-t-il du retard dans le remboursement par l'ANGC?

– Que faites-vous en attendant que l'ANGC vous remboursement pour ne pas arrêter de fonctionner?

.....
.....
.....

6. Quels effets la politique de la gratuité a-t-il sur votre performance ?

……
……
……
……

7. Pensez-vous que les services couverts par la politiques suffisent à lever les obstacles à l'accès à la césarienne aux ménages pauvres ?

.....
.....
.....
.....

8. Pensez-vous que l'argent reste la seule barrière d'accès à la césarienne ?.....
.....

9. La population est-elle suffisamment informée que la césarienne est gratuite ?

10. Que proposeriez-vous pour mieux atteindre les cibles ?

……
……
……
……

11. Que suggériez-vous à l'ANGC dans la gestion de vos relations dans le cadre de la politique ?

CESAG - BIBLIOTHEQUE

***Tableau XXXI*: Evolution du décès maternel de 2009 à 22011**

DEPARTEMENT	DECES MATERNEL POR 100 000 NV EN 2009	DECES MATERNEL POUR 100 000 NV EN 2010	DECES MATERNEL POUR 100 000 NV EN 2011
ALIBORI	211,3	213,8	219,4
ATACORA	59,7	195,1	212
ALTLANTIQUE	48,2	124,2	93,6
BORGOU	347,4	315,2	314,5
COLLINES	144,7	48,7	98,3
COUFFO	136,6	58,1	34,2
DONGA	64	176,1	129,4
LITTORAL	323,2	490,1	425,1
MONO	87,1	96,2	186,1
OUEME	188	168,5	265,7
PLATEAU	116,1	32,1	89,2
ZOU	82,6	239,9	321,3
BENIN	195	204,4	220,7

CESAG - BIBLIOTHEQUE

***Tableau XXXII*: Evolution du décès néonatal de 2009 à 22011**

DEPARTEMENT	DECES NEONATAL POUR 1000 NV EN 2009	DECES NEONATAL POUR 1 000 NV EN 2010	DECES NEONATAL POUR 1 000 NV EN 2011
ALIBORI	5,4	5	4,7
ATACORA	4,4	4,1	3,5
ALTLANTIQUE	5	3,7	5,5
BORGOU	7,3	7,1	7,8
COLLINES	4,8	5	5,6
COUFFO	7,3	6,7	6,3
DONGA	6,3	30,2	3,5
LITTORAL	3,5	13,9	18
MONO	9,9	6	5,9
OUEME	6,1	4	4,2
PLATEAU	5	4,7	4,2
ZOU	5,5	5,8	5,1
BENIN	6,5	7,4	6,6

EVOLUTION DU TAUX DE CESARIENNE DE 2009 A 2011									
	2009			2010			2011		
Départements	Accouchement	Césariennes		Accouchement	Césariennes		Accouchement	Césariennes	
	Nombre	Nombre	%	Nombre	Nombre	%	Nombre	Nombre	%
Alibori	20 035	712	3,6	19 432	627	3	21380	834	3,6
Atacora	18 836	454	2,4	19 353	581	2,8	21468	732	3,1
Atlantique	29 959	932	3,1	25 135	1037	3,3	27850	1821	5,2
Borgou	29 491	1994	6,8	26 177	2304	7,3	27513	2430	7,3
Collines	15 780	568	3,6	15 666	6011	3,6	15970	785	4,4
Couffo	17 336	365	2,1	16 284	371	2,1	16602	406	2,2
Donga	8 140	122	1,5	11 022	420	3,3	11954	801	5,3
Littoral	24 034	3357	14	15 820	6347	21,1	16965	7455	22,9
CNHU	3 545	1563	44,1	1006	1658	44,2	812		
Mono	15 326	531	3,5	12 503	999	6,5	13177	1264	7,8
Ouémé	30 202	1437	4,8	24 147	1423	3,9	26212	2516	7,3
Plateau	14 939	478	3,2	11 342	333	2,6	11568	618	4,4
Zou	22 255	275	1,2	24 712	1588	5,7	22304	1455	5,3
Bénin	**249 878**	**12 788**	**5,1**	**219 593**	**16 641**	**6,2**	**232963**	**21 117**	**7,3**

***Tableau XXXIII*: Evolution du taux de césarienne de 2009 à 22011**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Table des matières

Résumé ii

Dédicaces iv

Remerciements v

Acronymes vii

Liste des tableaux viii

I. Contexte général du pays 2

I.1. Situation géographique 2

I.2. Situation démographique 2

I.3. Présentation du système de santé 3

II. Présentation de la politique de la gratuité de la césarienne en République du Bénin 6

II.1. Institution de la politique : Décret n°2008-730du 22Décembre 2008 6

II.2. Politique générale de l'ANGC 7

II.3. Composition du kit de césarienne de l'ANGC 10

II.4. Renouvellement du kit et processus de remboursement des frais de la césarienne 10

II.5. L'Agence Nationale de la Gestion de la Césarienne 11

II.6. Le processus préalable au démarrage de la politique : Etude de l'offre gratuite des soins aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes, y compris la césarienne 11

III. Problématique et objectifs de l'étude 14

III.1. Problématique de l'étude 14

III.1.1. Le recouvrement des coûts et l'accès aux soins 14

III.1.2. Gratuité et accès à la césarienne au Bénin : la nécessité d'une évaluation de la politique menée 15

III.2. Objectifs de l'étude 17

III.2.1. Objectif général 17

III.2.2. Objectifs spécifiques 17

IV. Revue de la littérature 18

IV.1. Le coût d'une césarienne 18

IV.2. Coûts directs 18

IV.3. Coûts indirects 19

CESAG - BIBLIOTHEQUE

IV.4. Les inégalités dans l'accès aux soins 19
V. Cadre de l'étude 20
V.1. Analyse de la pauvreté au Bénin 20
V.2. Cadre conceptuel 21
V.2.1. Le concept de l'équité en Santé 21
V.2.1.1. Equité selon l'OMS 22
V.2.1.2. Equité selon d'autres auteurs 22
V.2.2. Le taux de césarienne 24
V.2.2.1. Notion de la césarienne 24
V.2.2.2. Taux de césarienne 24
V.2.2.3. Niveaux acceptables 24
VI. Méthodologie 26
VI.1. Type d'étude 26
VI.2. Définition des variables 26
VI.3. Collecte des données 28
VI.3.1. Le coût de la césarienne pour la patiente 28
VI.3.2. Les mesures de l'impact sur l'équité 29
VI.4. Présentation du cadre de l'étude 29
VI.4.1. Présentation du littoral 29
VI.4.2. Le choix des hôpitaux 30
VI.5. Analyse des données 30
VI.6. Limites de l'étude 30
VII. Résultats 31
VII.1. Estimer l'effet de la politique sur la gratuité effective de l'accès à la césarienne 31
VII.1.1. Caractéristiques sociodémographiques 31
a. L'âge moyen des femmes 31
b. Niveau d'instruction des femmes 32
Niveaux d'instruction stratifies en fonction des lieux d'enquête 33
VII.1.2. Coût pour la patiente : Coûts directs 35
VII.1.2.1. Cout résiduel 35
VII.1.2.2. Coût d'opportunité 38
VII.1.2.3. Les statistiques des évasions à la CUGO 39

CESAG - BIBLIOTHEQUE

VII.1.2.4. Sources de financement des ménages 40
VII.2. Evaluer l'impact sur l'équité d'accès de la politique de la gratuité de la césarienne 41
VII.2.1. Indices de pauvreté non monétaire par département en république du Bénin . 42
VII.2.2. Classement des départements en zones économiques 43
VII.2.3. Répartition des hôpitaux agréés sur les zones économiques 43
VII.2.4. Etat de connaissance sur la gratuite et suggestions 45
a. Proportion de femmes qui savent que la césarienne est gratuite 45
b. Proportion de femmes informées selon les lieux de l'enquête 45
c. Sources d'information sur la gratuite 46
d. Niveau de vulgarisation de la politique 46
e. Suggestions 47
f. Canal de sensibilisation 47
VII.3. Evaluer l'effet sur l'équité d'impact. 48
VIII. Discussion 51
VII.1. Estimation de son effet sur la gratuité effective de l'accès 51
VII.1.1. Estimation du niveau d'atteinte du but visé par la politique 51
VII.1.2. Estimation du niveau d'atteinte de l'impact recherché 52
VII.2. Evaluation de l'impact de la politique de la gratuité de la césarienne sur l'équité d'accès 53
VII.2.1. Classement des départements en zones économiques 53
VII.2.2. Comparaison des cas de rupture de kit en fonction des zones économiques.. 53
VII.2.2.1. Répartition des hôpitaux agréés sur les zones économiques 54
VII.2.2.2. La distribution des taux de césariennes selon les zones économiques 54
VII.3. Effet de la politique de gratuité de la césarienne sur l'équité d'impact 55
Recommandations 58
Bibliographie 60
Annexes 62
Procédure de calcul de l'IPH 64
Table des matières 77

CESAG - BIBLIOTHEQUE